



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Nutrición

**Barreras comunicacionales en consejería nutricional
del personal de salud a madres de niños menores de 5
años en centros de salud de Ventanilla. 2013**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición

AUTOR

Rosa Inés VÁSQUEZ HIDALGO

ASESORES

Ana María HIGA YAMASHIRO

Vanessa CARDOZO ALARCÓN (Coasesor)

Lima, Perú

2015



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Vásquez R. Barreras comunicacionales en consejería nutricional del personal de salud a madres de niños menores de 5 años en centros de salud de Ventanilla. 2013 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Nutrición; 2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Académico Profesional de Nutrición



« Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación »

ACTA DE EXAMEN DE TITULACIÓN
MODALIDAD DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

67
24
Conforme a lo estipulado en el Art. 66 y 68 del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Ley 23733, el **Jurado de Sustentación** nombrada por el Comité Asesor y la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Nutrición, conformado por las siguientes Docentes:

Presidenta: Mg. Doris Hilda Delgado Pérez
Miembros: Lic. Sissy Liliana Espinoza Bernardo
Lic. Carmen Villarreal Verde

Se reunió en la ciudad de Lima, el día lunes 02 de noviembre del 2015, para proceder a evaluar la **Sustentación de Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición**, a la Bachiller:

ROSA INÉS VÁSQUEZ HIDALGO
Código de Matrícula N° 08010371

Tesis: «**BARRERAS COMUNICACIONALES EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL DEL PERSONAL DE SALUD A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN CENTROS DE SALUD DE VENTANILLA. 2013**» (tesis aprobada con RD N°0399-D-FM-2013) con la asesoría de la Lic. Ana María Higa Yamashiro.

La mencionada Bachiller aprueba el Examen, obteniendo la calificación:

..... *Dieciseis* (16) (en letras)

Estando de acuerdo con la presente acta, el Jurado de Sustentación, firma en señal de conformidad.

.....
Mg. Doris Hilda Delgado Pérez
Presidenta

.....
Lic. Sissy Liliana Espinoza Bernardo
Miembro



.....
Lic. Carmen Villarreal Verde
Miembro

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 4 |
| I. INTRODUCCIÓN | 6 |
| II. OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 Objetivo General..... | 17 |
| 2.2 Objetivo Secundarios..... | 17 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 18 |
| 3.1 Tipo de Investigación | 18 |
| 3.2 Población | 18 |
| 3.3 Muestreo Cualitativo | 18 |
| 3.4 Variables | 20 |
| 3.5 Técnicas e instrumentos | 21 |
| 3.6 Plan de procedimientos | 27 |
| 3.7 Análisis de datos..... | 28 |
| IV. RESULTADOS | 30 |
| 4.1 Características de la muestra | 30 |
| 4.2 Barreras comunicacionales de tipo físicas | 34 |
| 4.3 Barreras comunicacionales de tipo semánticas | 39 |
| 4.3 Barreras comunicacionales de tipo personales..... | 46 |
| V. DISCUSIÓN..... | 57 |
| VI. CONCLUSIÓN..... | 61 |
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 63 |
| ANEXOS..... | 68 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|-----------|
| <i>Tabla n° 1: Características de la muestra.....</i> | <i>19</i> |
| <i>Tabla n° 2: Operacionalización de variables de estudio</i> | <i>20</i> |
| <i>Tabla n° 3: Técnicas de investigación según dimensión de estudio</i> | <i>21</i> |
| <i>Tabla n° 4: Conformación de la muestra según las técnicas de investigación</i> | <i>23</i> |
| <i>Tabla n° 5: Instrumentos de investigación en función a la técnica y a los aspectos a evaluar</i> | <i>26</i> |
| <i>Tabla n° 6: Tipo de personal de salud que otorga la consejería nutricional a madres de niños menores de 5 años en la Red de Salud Ventanilla. Julio 2013.....</i> | <i>30</i> |
| <i>Tabla n° 7: Clasificación de las consejerías nutricionales a madres de niños menores de 5 años en la Red de Salud Ventanilla. Julio 2013</i> | <i>31</i> |
| <i>Tabla n° 8: Distribución de madres según edades. Red de Salud Ventanilla. Julio 2013.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Tabla n° 9: Distribución de madres según grado de instrucción. Red de Salud Ventanilla. Julio 2013</i> | <i>32</i> |
| <i>Tabla n° 10: Barreras comunicacionales de tipo físicas en las consejerías evaluadas en la red de salud de Ventanilla. 2013.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Tabla n° 11: Barreras comunicacionales de tipo semánticas en las consejerías evaluadas en la red de salud de Ventanilla. 2013</i> | <i>45</i> |
| <i>Tabla n° 12: Barreras comunicacionales de tipo personales en el personal de salud de las consejerías evaluadas en la red de salud de Ventanilla. 2013</i> | <i>51</i> |
| <i>Tabla n° 13: Barreras comunicacionales de tipo físicas en las madres de la consejerías evaluadas en la red de salud de Ventanilla. 2013</i> | <i>56</i> |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----------|
| <i>Figura n°1: Barreras comunicacionales en la consejería nutricional presentes en las atenciones de los centros de salud de Ventanilla</i> | <i>33</i> |
|---|-----------|

RESUMEN

Introducción: La consejería nutricional con una adecuada comunicación consigue mejoras en la salud y aumenta la probabilidad de que el paciente siga las recomendaciones sugeridas. Resulta importante que se imparta adecuadamente, ya que el marco de la atención integral en salud, propuesta por el sistema de salud peruano, la indica como una de las intervenciones para el logro de la disminución de la desnutrición infantil.

Objetivos: Explorar las barreras comunicacionales en la consejería nutricional brindada por el personal de salud a madres de niños menores de 5 años de los centros de salud del distrito de Ventanilla.

Diseño: El estudio tiene un enfoque cualitativo, de tipo etnográfico.

Lugar: Establecimientos de salud del distrito de Ventanilla.

Participantes: Personal de salud y madres de niñas y niños menores de cinco años que recibieron la consejería nutricional.

Intervenciones: Se utilizaron cuatro técnicas: observación cualitativa, entrevista (a profundidad, de historias de vida), grupos focales y técnica proyectiva.

Resultados: Las barreras comunicacionales que se encontraron en el estudio fueron: barreras físicas, principalmente interrupciones, perturbaciones y ausencia de material educativo; barreras semánticas, tales como tecnicismos, ambigüedades y desaciertos en el mensaje; y barreras personales, que comprenden barreras fisiológicas (cansancio, bajo volumen de voz), psicológicas (descortesía, poca empatía, prejuicios y temor) e ideológicas (creencias nutricionales que son discordantes del conocimiento científico).

Conclusiones: Las barreras comunicacionales encontradas en el estudio se originan por diversos factores, tanto personales y semánticos como físicos o del entorno.

Palabras clave: Comunicación, barreras comunicacionales, consejería nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Nutritional counseling with proper communication achieves improvements in health outcomes and increases the likelihood that the patient will follow the suggested recommendations. It is important that it be given appropriately, since the framework of comprehensive health care proposed by the Peruvian health system indicates it as one of the interventions to achieve the reduction of child malnutrition.

Objectives: Explore communicational barriers in nutritional counseling provided by health personnel to mothers of children under 5 years of age at the health centers in the district of Ventanilla.

Design: The study has an ethnographic qualitative approach.

Location: Health centers in the district of Ventanilla.

Participants: Health personnel and mothers of children under five who received nutritional counseling.

Methodology: Four techniques were used: (1) Qualitative observation; (2) Interviews (in depth, life histories); (3) Focus groups and (4) Projective technique.

Results: The communication barriers encountered in the study were: physical barriers, mainly interruptions, disturbances and lack of educational material; Semantic barriers, such as technicalities, ambiguities and mistakes in the message; and personal barriers, which include physiological (fatigue, low voice), psychological (discourtesy, low empathy, prejudice and fear), and ideological (nutritional beliefs that are discordant to scientific knowledge) barriers.

Conclusions: The communication barriers encountered in the study are caused by various factors, both personal and semantic as well as physical or environmental.

Keywords: Communication, communication barriers, nutritional counseling.

I. INTRODUCCIÓN

El distrito de Ventanilla en la provincia constitucional del Callao, presenta un 5,9%¹ de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, y un 66.7% de los niños menores de un año con anemia,² catalogándose esto último como un severo problema de salud pública³ y conduciendo a que el niño no alcance su potencial de desarrollo.⁴

Las estrategias para solucionar los problemas nutricionales y garantizar una mejora en la calidad de vida, incluyen a la promoción y prevención de la salud, donde una de sus herramientas clave es la consejería nutricional, al brindar a la población mayor acceso a la información, educación y orientación.⁵ El acto comunicacional que se realice entre el personal de salud y el usuario tendrá una importante influencia en los resultados a obtener.⁶ Evidencia de esto tenemos al estudio de Creed Kanashiro et. al. (2006)⁷ quien mejorando la consistencia, calidad y cobertura de la consejería nutricional, logró que una población mejore sus patrones de alimentación, e incremente la ingesta de nutrientes importantes en la dieta infantil.

El sistema de salud peruano indica que la consejería nutricional es una de las intervenciones para lograr la disminución de la desnutrición infantil, la consejería con una adecuada comunicación logra mejoras en los resultados de salud y aumenta la probabilidad de que el usuario siga las recomendaciones sugeridas.⁸

Sin embargo, algunos estudios señalan que en un 60.6 % de las consultas de salud, los profesionales de atención primaria a la salud no facilitan la participación del paciente, asimismo se aprecia una carencia de habilidades comunicacionales en este grupo profesional.⁹ En zonas urbano marginales de Lima, las diferencias entre las percepciones de la salud infantil que tiene el personal de salud y los responsables del cuidado del niño, ha generado un clima de desconfianza entre ambos actores, tanto de parte del personal sanitario quien desvaloriza las explicaciones del usuario, como del usuario quien por temor o vergüenza no confían en el personal de salud.¹⁰ Un entorno multicultural, suele ser propicio para la presencia de estas barreras en el acto comunicacional. En el distrito de Ventanilla, producto de la migración a la capital, un 38.6% de sus habitantes tiene un lugar de procedencia, dentro del territorio nacional, diferente a Lima y Callao.¹¹

Es por ello, que el identificar las barreras comunicacionales que se manifiesten durante el desarrollo de las consejerías nutricionales constituirá información útil a nivel de la gestión de

la Red de Salud de Ventanilla para que se tomen medidas pertinentes en la optimización este servicio.

Además, cabe resaltar que existe una carencia de investigaciones publicadas que permitan conocer la situación actual de las posibles barreras comunicacionales en las consejerías nutricionales brindadas por el personal de salud en este distrito.

Al hablar de comunicación, se debe tener en cuenta que es un concepto que se ha venido definiendo a lo largo de tiempo desde diversas perspectivas. Históricamente se ha interpretado como un instrumento de supervivencia; políticamente como la base del control; biológicamente como una evidencia de evolución; filosóficamente como prueba de la existencia racional y, fisiológicamente como evidencia de adaptación y vida. Su origen puede buscarse desde el principio mismo del ser humano.¹²

Para el caso de la presente investigación es necesario mencionar algunas definiciones que se han asignado al término comunicación por varios autores, esto permitirá tener una visión más amplia y desde diferentes enfoques del pensamiento.

La Real Academia Española (2014) define a la comunicación como “transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor”, esta definición es interesante por el uso del concepto “código común” dentro de su enunciación debido a la importancia que reviste dicha característica para la construcción de sentidos entre el receptor y el emisor. Si el proceso de comunicación carece de sentido para una de las partes es probable que no haya una recepción adecuada del mensaje.¹³

Para que ocurra la comunicación se hacen necesarios algunos elementos: un canal de transmisión, un mensaje, un emisor y un receptor. A través del canal de transmisión es emitida una señal, que debe ser transmitida de un emisor para un receptor. Esta señal tendrá una determinada forma y transmitirá un determinado significado o mensaje, cuya conexión se da, en lo que se denomina en semiótica, de código. Por lo tanto, en la ausencia de cualquiera de esos elementos no se completa el proceso de comunicación.¹⁴

Según Berlo (1969)¹⁵, la comunicación tiene como objetivo básico influir en los demás, en el mundo físico que nos rodea y en nosotros mismos, de tal modo que podamos convertirnos en agentes determinantes y sentirnos capaces, llegado el caso, de tomar decisiones. Es decir, nos comunicamos para influir y para afectar intencionalmente.

Finalmente, Pasquali (1980)¹⁶, uno de los expertos en el tema de comunicación en las últimas décadas, señala que la comunicación ocurre cuando hay interacción recíproca entre los dos polos de la estructura relacional (Emisor-Receptor) realizando la ley de bivalencia, en la que todo emisor puede ser receptor, todo receptor puede ser emisor. Es la correspondencia de mensajes con posibilidad de retorno mecánico entre polos igualmente dotados del máximo coeficiente de comunicabilidad. Pasquali diferencia la comunicación de la información, siendo esta última un proceso de transmisión asimétrica, donde los mensajes emitidos carecen de retornos no mecánicos, esto es, con bajo coeficiente de comunicabilidad. El diálogo se sustituye aquí por la alocución, por el camino unidireccional y sin retorno del mensaje.

El proceso básico de comunicación puede darse de forma verbal, simbólica y no verbal. La comunicación verbal es el modo de comunicación más conocido y familiar, siendo el más frecuentemente usado. La comunicación no verbal ocurre, por lo tanto, en la interacción plena persona-persona, aún sin la verbalización de palabras. En este tipo de comunicación, todos los comportamientos tienen valor de mensaje, siendo que comunicamos a través de la expresión facial, del momento en que las palabras son dichas o no, de la mirada, de la postura corporal, de la distancia mantenida, del toque, del calor, del rubor, de la sudoración, temblores, lagrimeos, de las señales vocales, del espacio de tiempo mantenido entre los comunicadores, de los objetos y adornos utilizados, de los olores que emanamos, o sea, de nuestra presencia.¹⁷

Cuando dentro del proceso de comunicación, se hace referencia a barreras comunicacionales estas se definen como perturbaciones que interfieren y afectan total o parcialmente la realización de dicho proceso. Se presentan debido a los problemas o deficiencias originadas en algunos de los elementos del proceso de comunicación. Puede ocurrir que el contenido del mensaje no llegue a su destino, o bien que llegue distorsionado y no se cumpla con el objetivo de la comunicación.

Olivera M. et al (2006) ¹⁸ clasifican a las barreras comunicacionales en dos grandes grupos o niveles. El primero, desde el punto de vista sociológico tiene su base en causas sociales objetivas, por la pertenencia de los participantes a distintos grupos sociales, lo que origina concepciones filosóficas, ideológicas, religiosas y culturales distintas, que provocan la falta de una concepción única de la situación de comunicación. El segundo desde el punto de vista de las particularidades psicológicas de los que se comunican (carácter, temperamento, intereses, dominio de las habilidades comunicativas) o a causa de las particularidades

psicológicas que se han formado entre los miembros (hostilidad, desconfianza, rivalidad), que pueden haber surgido no solo por la combinación de las personalidades de cada uno, sino también por factores circunstanciales que los han ubicado en posiciones contradictorias o rivalizantes según la situación en que se encuentran.

Gonzales (2006)¹⁹, menciona la siguiente clasificación: barreras materiales, cognoscitivas y sociopsicológicas. Las barreras materiales ocurren ante la carencia objetiva de recursos o bienes de comunicación y son definitorias en la transmisión de los mensajes, pero estas barreras son fácilmente detectables y, por tanto, su eliminación no constituye un problema insoluble. Las barreras cognoscitivas son más complejas y se refieren al nivel de conocimientos que tiene el que escucha sobre lo que se pretende comunicar. Finalmente, las barreras sociopsicológicas son las más difíciles de vencer y están determinadas por el esquema referencial del sujeto; algunas ideas no resultan válidas o se oponen directa o indirectamente a lo que tiene aceptado el que recibe la información, por lo que bloquean cualquier nivel comunicativo.

Lorente et al (2009)²⁰, hace un análisis del estudio de Rogers et. al y plantea que la mayor barrera que se opone a la intercomunicación es la tendencia natural a juzgar, evaluar, aprobar o desaprobar los juicios de otras personas. La clasificación más ampliamente difundida es la que establece:

- Barreras físicas: Inferencias de la comunicación que se presentan en el ambiente donde dicha comunicación tiene lugar. Una típica barrera física es la distracción por un tipo de ruido que obstruye significativamente la voz del mensaje; otros pueden ser las que median entre las personas (distancias, paredes, objetos que dificulten el contacto visual).
- Barreras semánticas: Surgen de las limitaciones en los símbolos con los que se establece generalmente la comunicación. Dichos símbolos tienen como variedad escoger entre muchos, pero en ocasiones se elige el significado equivocado y se produce la mala comunicación.
- Barreras personales: Son inferencias de la comunicación que surgen de las emociones humanas, los valores y los malos hábitos de escucha. Se presentan comúnmente en las situaciones de trabajo. Todas las personas han experimentado cómo los sentimientos personales pueden limitar la comunicación con otras; estas situaciones ocurren tanto en el trabajo tanto como en la vida privada.

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica. La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el personal de salud necesita en el cumplimiento de sus funciones; deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su diagnóstico y para que se sienta copartícipe de su atención.²¹

Según DiMatteo (1998)²² existe una tendencia a que las habilidades de comunicación disminuyan a medida que los estudiantes progresan en los conocimientos, y con el tiempo los profesionales de la salud en formación tienden a perder su enfoque en la atención integral del paciente.

El Consejo de Acreditación Educativa para Graduados en Medicina (ACGME) recomienda que el personal de salud debe tener fundamentalmente las siguientes seis habilidades comunicativas: primero, debe escuchar atentamente al paciente cuando describe acerca de su condición e identificar preocupaciones; segundo, obtener información utilizando habilidades de cuestionamiento efectivas y simples; tercero, explicar y proporcionar información a través de habilidades efectivas explicativas y asegurarse de la comprensión por parte del paciente; cuarto, asesorar e instruir a los pacientes; quinto, crear un ambiente cálido; y sexto crear un entorno de colaboración donde se propicie la toma de decisiones informadas, basadas en la información del paciente y la preferencia.²³

Dubé et al (2000)²⁴, describe habilidades de comunicación que consideran necesarias para el personal de salud que labora en el primer nivel de atención médica, las cuales clasifica en habilidades de comunicación básicas, intermedias y avanzadas. Entre las habilidades de comunicación básicas, menciona la habilidad de iniciar y terminar correctamente una entrevista, iniciar con una pregunta abierta, habilidad para obtener y cuestionar datos, habilidad para organizar la entrevista y habilidad para responder a las emociones. Luego, entre las denominadas intermedias, considera al manejo de las emociones y la negociación para cambios de conductas indeseables. Finalmente, agrupa dentro de las habilidades comunicacionales avanzadas: la habilidad para dar malas noticias, conocimiento de la historia emocional del paciente, inducción de decisiones, manejo de dilemas éticos, confrontación del paciente con su diagnóstico.

Una vez tratado el aspecto relativo a la importancia de la comunicación entre el personal de salud y paciente, se presentará a continuación cómo ésta puede ser estudiada y analizada. Para ello se describirán distintas experiencias en el plano de la investigación.

Según Canovaca A. (2006)²⁵ el estudio de la comunicación en la entrevista personal de salud-paciente puede ser puro o mixto. Se dice que es puro si se desarrollan instrumentos para evaluar solamente el aspecto comunicacional. Se dice que es mixto si se introducen en el estudio la valoración del componente clínico además del comunicacional.

Con un enfoque cuantitativo de investigación, Peralta A. (2010)²⁶, tuvo como objetivo en su estudio valorar la participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria de centros de salud urbanos y rurales de Andalucía, Cantabria y La Rioja, en España. Seleccionaron de forma aleatoria 97 médicos de familia, videograbaron un total de 658 pacientes que acudían a su consulta, tanto por problemas de salud agudos como crónicos. Utilizaron como instrumento de recojo de información la escala CICAA-D, instrumento diseñado por el autor, que constaba de 17 ítems con puntuación 0-2, previamente validado. Un observador entrenado en el uso de dicha escala analizó las grabaciones. Se concluyó que la participación de los pacientes en las consultas médicas era escasa; y la habilidad comunicacional del personal de salud era un determinante de esta situación.

Con un enfoque cualitativo Casasbuenas L. (2007)²⁷ investigó la relación médico-paciente para lo cual se videograbaron las entrevistas entre el médico y el paciente realizadas en un día normal de labores dentro un centro de atención primaria de una provincia de Barcelona. Encontraron una dificultad en la empatía entre el médico-paciente, y con la intención de mejorar la interacción de estos encuentros, proponen mejorar las habilidades de la comunicación, para que de esta manera el médico pueda expresar sus ideas y sentimientos, y del mismo modo también pueda interpretar y dar adecuada respuestas sus interlocutores.

La Organización Panamericana de la Salud define a la consejería como un proceso basado en el intercambio dialógico, centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución. Es una conversación informal y flexible en la cual se intercambian ideas no solamente de un tema específico, sino también del trasfondo cultural sobre el cual se presenta. Esto requiere algunas condiciones concretas como confianza, privacidad, tiempo y familiaridad.²⁸

Romo (2006)²⁹ en su análisis sobre la consejería nutricional señala que es una estrategia de asesoría que está basada en modelos teórico-conceptuales desarrollados hace varias décadas atrás. Uno de estos es el modelo trasnsteórico desarrollado por Prochaska y Di clemente, donde se explica el cambio de conducta como algo progresivo, y cuyas etapas de

cambio se pueden identificar y trabajar individualmente. Los autores identificaron las etapas de acuerdo al interés o compromiso con el cambio, e identificaron cinco fases dentro de éste: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantención; cada una de estas etapas tiene características propias, con intervenciones específicas para cada una de ellas.

Castillo et al (2010)³⁰ señala que la consejería debe ser entendida como "un proceso de escucha activa, individualizada y centrada en el usuario, que presupone la posibilidad de establecer una relación de confianza entre las partes, al rescate de recursos internos para que él mismo puede reconocerse como sujetos de su propia salud y transformación". Fomento de la autonomía de la persona para poder resolver sus problemas, en cierta medida, se refiere a la teoría de consejería centrada en el cliente, desarrollada por Carl Rogers. Contiene tres componentes: apoyo emocional, apoyo educativo y evaluación de riesgos, fomentando la reflexión sobre valores, actitudes y comportamientos sobre el tema si desea tratar.

Por todo lo mencionado, al momento de definir la consejería nutricional, se la define como un proceso educativo comunicacional que se desarrolla de manera participativa entre el prestador de salud y el usuario. Cuando está orientada a la nutrición infantil se brinda a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que influyen en la salud y nutrición y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las practicas adecuadas y corrigiendo las de riesgo.³¹ Para ello, se focaliza en el uso de recursos disponibles en la familia y permite establecer una adecuada negociación sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica.³²

La consejería se realiza en cada control o contacto con la niña o niño en los servicios de salud tanto si este se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) de acuerdo a las necesidades identificadas.³³

La consejería nutricional tiene como objetivo asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad. Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos

de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto. Este proceso educativo puede desarrollarse de un modo intramural o extramural pues el agente comunitario en salud o el personal de salud deberán visitar periódicamente el hogar de la niña o el niño.³⁴

Según el documento técnico de consejería nutricional (MINSA-CENAN 2010)³⁵, la consejería es una herramienta útil para mejorar la nutrición infantil, para mejorar la frecuencia y duración de la lactancia materna. Además la consejería muestra una tendencia favorable al cambio de conductas.

La conversación que se genera entre el personal de salud y el usuario genera un vínculo que permite otorgar el mensaje. Es de mucha importancia para que se realice adecuadamente que el personal de salud conozca el contexto cultural local y que se adopten actitudes coherentes con este conocimiento, de tal manera que pueda generar una apertura del usuario.³⁶

El personal de salud debe tener en cuenta la relación que establece con la otra persona, también las limitaciones temáticas que pueda tener el usuario, mantener siempre el propósito de la conversación, brindar un grado de formalidad mostrándose abierto, simple, cálido y humano y llevar adecuadamente la conversación.³⁷

El personal de salud debe manejar el mensaje de forma que este no sea impuesto, sea reforzado durante el momento de la consejería, asegurar que sea entendido a pesar de las barreras culturales, en un ambiente de respeto y consideración como personas. Para asegurar que las actividades sean efectivas, es necesario que los contenidos sean relevantes para las comunidades, que incorporen actitudes y creencias de las mismas, que estén basados en las necesidades reales, y que promueva la participación activa de la comunidad.³⁸

Como cualquier acto comunicativo, la consejería tiene una función relacional, que genera siempre un resultado en la medida en que modifica para bien o para mal, la relación con el otro. Este resultado puede generar situaciones de colaboración o de resistencia. En ese sentido, como todo acto comunicativo, tiene una secuencia de inicio y de término.

Este acto se inicia con un primer paso que consiste en el encuentro entre personal de salud y usuario. El inicio de la sesión está determinado: el lugar, el momento, el tiempo transcurrido desde la última cita y, sobre todo, la relación que se mantiene entre el personal de salud y los usuarios. La apertura crea expectativas y sus efectos se van a sentir durante

todo el encuentro. En este paso se dan las y explicaciones sobre la situación encontrada, se debe explicar también por qué es importante que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente, cuáles son las consecuencias en el corto y mediano plazo. Se procede a realizar la evaluación de estado nutricional. Si el estado nutricional es normal, debe darse el reconocimiento y motivarlos para continuar con el cuidado. Si se encuentran problemas, debe explicarse lo que esto significa para la salud, el crecimiento y el desarrollo de la niña o niño.

En el segundo paso se efectúa el análisis de factores causales o riesgos. En este momento es cuando el personal de salud y el usuario analizan las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos. Luego de haber explicado el estado nutricional diagnosticado se debe indagar y preguntar sobre los posibles factores que influyen en la situación encontrada: alimentación, salud, higiene, aspectos emocionales, sociales, económicos, etc. Para ello el personal de salud se puede apoyar la Ficha de Evaluación de la Alimentación de la Niña y Niño de la Historia Clínica, en el que se registra evolutivamente a lo largo de las atenciones recibidas en el establecimiento de salud su historia alimentaria. Se debe escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a la información que puede ayudar a entender la situación e identificar los factores (alimentarios, sociales, culturales, entre otros) más importantes.

Como tercer paso en la consejería nutricional se da la búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos. El tercer paso es aquel en el que el personal de salud y el usuario buscan alternativas de solución a los factores identificados. Buscando que la decisión sobre las alternativas presentadas sean las más convenientes para los usuarios, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades.

El cuarto paso consiste en el registro de los acuerdos tomados, el personal de salud deberá registrar en la historia clínica, las decisiones o acuerdos (siendo como máximo tres) tomados con el usuario y anotarlos en una hoja de indicaciones que se entregará, motivándolos a ponerlas en práctica con el apoyo de su familia y de la comunidad.

Finalmente, el quinto momento es el seguimiento a los acuerdos tomados. Este momento se realiza en las citas posteriores, puede ser intramural o extramural. Es importante que la despedida sea cálida y afectuosa para crear un vínculo positivo que motive al usuario a regresar. Asimismo, el personal de salud debe asegurar el seguimiento a los acuerdos en los siguientes controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar y reforzarlas.³⁵

Santos et.al. (2001) determinó que después de un programa de capacitación en asesoría nutricional dirigido al personal médico de centros de salud del sur de Brasil, que incluyó temas de lactancia materna, alimentación complementaria e hizo énfasis en el desarrollo de habilidades comunicacionales en el personal médico intervenido, este grupo mostró una mejora en su rendimiento en términos de evaluación y consultoría nutricional del niño. Para medir ello además de realizar una prueba de conocimientos y observación de consultas del personal de salud, se hizo el seguimiento a madres de niños menores de 18 meses atendidas por el personal médico. Se evaluó los conocimientos y prácticas de las madres, el estado nutricional de sus hijos y la ingesta dietética de éstos. Se pudo determinar que a comparación del grupo control, las madres del grupo intervención recordaban en mayor proporción las principales recomendaciones nutricionales impartidas. Además la satisfacción con la atención recibida fue significativamente mayor en este grupo. Otro hallazgo fue la mejora de la adherencia a las recomendaciones de alimentación dadas por los médicos del grupo intervención. Todo esto tuvo como resultado que los niños en el grupo de intervención presentaron ganancias significativamente mayores de peso, incremento en la puntuación Z –score del peso para la edad y peso para la talla.³⁹

Así como el estudio anterior, existen otras publicaciones que permiten afirmar de los efectos favorables de un desarrollo adecuado de estas. Vitolo M. et.al. (2010) encontró que el asesoramiento dietético basado en las directrices propuestas por el Ministerio de Salud del Brasil tuvo relación con la reducción de la incidencia de diarrea, los síntomas de la morbilidad respiratoria y la caries dental en los niños pequeños. Los resultados de este estudio destacan el efecto del programa de intervención durante el primer año de vida, porque era también eficaz en la promoción de una mejor calidad de la dieta en la infancia. La provisión de asesoramiento dietético para las madres les da poder para tomar mejores decisiones acerca de los alimentos que ofrecen a sus hijos. Las directrices propuestas son sobre la base de prácticas alimentarias saludables para los primeros 2 años de vida y son factibles de ser alcanzado por los grupos de población de bajos ingresos.⁴⁰

Sin embargo, cuando se presentan barreras comunicacionales en la consejería, ésta puede ya no cumplir con los objetivos esperados. Almarales B. (2010), estudian a las barreras comunicacionales agrupándolas en tres categorías: mecánicas, ideológicas y psicológicas. Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo, la población consistió en médicos de atención ambulatoria, la muestra estuvo conformada por 40 profesionales y 70 pacientes, seleccionados de forma aleatoria. La recolección de datos se realizó a través de encuestas anónimas y de observación. El estudio concluyó que en la relación médico - paciente la comunicación se establece como un proceso de intercambio mutuo y participativo, sin

embargo este proceso se ve afectado por la presencia de ruidos o barreras que afectan su calidad, y que las barreras predominantes son la mecánica y las ideológicas.⁴¹

En una investigación realizada en Malasia (Khan T. et al. 2011), se investigó la presencia de barreras comunicacionales en el entorno de la atención primaria de salud, y con el objetivo de identificarlas en la relación médico-paciente percibidas por los usuarios de determinado establecimiento de salud. La habilidad del médico para elegir las palabras, tonos y expresiones faciales adecuadas durante el desarrollo de la sesión de asesoramiento fue evaluada por los pacientes. Obtuvieron como resultado que los pacientes refieren que para mejorar la comunicación médico-paciente, el médico debe tener la capacidad de hablar los idiomas locales (94.2%), debe brindar mayor información y explicación con respecto a la enfermedad del paciente (87,0 %), y debe mantener una cortesía en el trato con el paciente (84,5%).⁴²

Las barreras comunicacionales en la relación personal de salud - paciente, han sido estudiadas también por Muñoz E. et al. (2012), en un estudio de tipo observacional y descriptivo, cuyo objetivo fue identificar las barreras comunicativas que inciden en la relación tecnólogo médico-paciente, y cuya población la conformaron los estudiantes de último año de estudio de la carrera de tecnología médica (148 estudiantes) y 90 pacientes. El recojo de datos consistió en la observación durante los exámenes prácticos de los estudiantes en los cuales se evaluó la presencia de tres tipos de barreras comunicacionales: barreras físicas, barreras semánticas y barreras personales. Adicional a esto, se realizaron entrevistas a pacientes. Se identificó que las barreras de mayor incidencia en los intercambios comunicativos fueron las personales y las semánticas que propiciaron que existiera incompreensión en los mensajes que se formularon, así como en el grado de afectividad y empatía expresada entre los interlocutores también se evidenció carencia de habilidades de escucha. Los resultados obtenidos en la encuesta a pacientes, demuestran que los intercambios comunicativos son escasos, respecto al interés que muestran por la enfermedad que tienen, plantean que a veces le preguntan cómo se siente, si ha mejorado y lo escuchan, pero la mayoría expresa que obvian hacerlo, no siempre dan respuesta a sus inquietudes; en cuanto a la información que deben brindarle sobre la forma de realizar los ejercicios, las demostraciones de cómo hacerlo en el hogar, plantean que a veces lo hacen, exponen que lo explican pero no de forma clara, sencilla, con ideas asequibles de acuerdo a su nivel cultural.⁴³

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Explorar las barreras comunicacionales en la consejería nutricional brindada por el personal de salud a madres de niños menores de 5 años de los centros de salud del distrito de Ventanilla. 2013

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las barreras físicas que interfieren en el acto comunicacional de la consejería nutricional del personal de salud a madres de niños menores de 5 años.
- Identificar las barreras semánticas que interfieren en el acto comunicacional de la consejería nutricional del personal de salud a madres de niños menores de 5 años.
- Identificar las barreras personales que interfieren en el acto comunicacional de la consejería nutricional del personal de salud a madres de niños menores de 5 años.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de Investigación

El estudio tiene un enfoque cualitativo, de tipo etnográfico.

3.2 Población

Características Generales: *Las consejerías nutricionales otorgadas por el personal de salud a madres de niños menores de 5 años* se realizaron en las instalaciones de los quince centros de salud con los que cuenta el distrito de Ventanilla. Los servicios donde se brindan son en el consultorio de enfermería destinado a la atención de crecimiento y desarrollo (CRED) y el consultorio de nutrición.

Ubicación espacio-temporal: Establecimientos de salud de la Red de Salud de Ventanilla, provincia constitucional del Callao en julio - diciembre 2013.

3.3 Muestreo Cualitativo

Unidad de Análisis: La consejería nutricional del personal de salud a madres de niños menores de 5 años.

Tipo de muestreo: Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia ⁴⁴

Tamaño de muestra: La muestra estuvo conformada por 89 consejerías nutricionales. La distribución de la muestra es según se observa en la Tabla 1.

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TÉCNICA CUALITATIVA

| CENTROS DE SALUD | N° de consejerías nutricionales a analizar | Observaciones | Entrevistas | | Grupos Focales | | Técnica Proyectiva | |
|-----------------------------------|--|---------------|-------------|-------------------|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | | | Madres | Personal de salud | Madres | Personal de salud | Madres | Personal de salud |
| C.S. Materno Infantil Perú- Korea | 12 | 12 | 12 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| C.S. 03 de Febrero | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Bahía Blanca | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Ciudad Pachacútec | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Angamos | 6 | 6 | 6 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Hijos del Almirante Grau | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Defensores de la Patria | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Ventanilla Alta | 6 | 6 | 6 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Mi Perú | 6 | 6 | 6 | 1 | 1 | | 2 | 1 |
| C.S. Luis Felipe de las Casas | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Villa de los Reyes | 7 | 7 | 7 | 2 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Sta. Rosa de Pachacútec | 6 | 6 | 6 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Márquez | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| C.S. Ventanilla Baja | 6 | 6 | 6 | 1 | 1 | | 2 | 1 |
| C.S. Ventanilla Este | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| TOTAL | 89 | 89 | 89 | 17 | 15 | 1 | 30 | 28 |

Criterios de selección:

- Consejerías nutricionales que cumplan por lo menos con el segundo y tercer paso que norma la secuencia de las especificaciones del documento técnico de Consejería Nutricional del Centro Nacional de Nutrición.
- Consejerías nutricionales brindadas por el personal de salud responsable de la atención CRED o nutricionista encargado, a madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 5 años.
- Consejerías nutricionales brindadas en las instalaciones de los quince centros de salud del distrito de Ventanilla.

3.4. Variables

3.4.1. Definición conceptual

TABLA 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

| VARIABLE | DIMENSIONES | DEFINICION CONCEPTUAL | SUB DIMENSIONES | EJE TEMÁTICO |
|---|-----------------------------------|---|------------------------|---|
| <p><i>BARRERAS COMUNICACIONALES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL</i></p> <p>Perturbaciones que interfieren y afectan total o parcialmente la realización del proceso de comunicación. Puede ocurrir que el contenido del mensaje no llegue a su destino, o bien que llegue distorsionado y no se cumpla con el objetivo de la comunicación</p> | <i>BARRERAS FÍSICAS</i> | Interferencias que ocurren en el ambiente físico donde se desarrolla la comunicación | - | <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente físico. - Herramientas utilizadas para la trasmisión del mensaje. - Ruidos e interrupciones. |
| | <i>BARRERAS SEMÁNTICAS</i> | Surgen de las limitaciones de los símbolos con los cuales se realiza la comunicación, cuando el significado no es el mismo para el emisor que para el receptor. | - | <ul style="list-style-type: none"> - Estructuración del mensaje - Idioma y dialectos |
| | <i>BARRERAS PERSONALES</i> | Son las interferencias que parten de las características del individuo, tanto del personal de salud como del usuario. | Fisiológicas | <ul style="list-style-type: none"> - Disfunción parcial o total en los órganos que participan en el proceso de la comunicación. |
| | | | Psicológicas | <ul style="list-style-type: none"> - Actitudes de los interlocutores - Prejuicios de los interlocutores - Emociones de los interlocutores |
| | | | Ideológicas | <ul style="list-style-type: none"> - Creencias de los interlocutores que evidencien incompatibilidad y falta de respeto - Conocimientos previos sobre nutrición infantil. |

3.5. Técnicas e Instrumentos

3.5.1. Técnicas de investigación

Se utilizaron cuatro técnicas de obtención de datos: la observación cualitativa, la entrevista (a profundidad, de historias de vida), los grupos focales, la técnica proyectiva. Su aplicación fue en función a las particularidades de estudio de las subvariables de investigación, según se muestran en la Tabla 2. Se utilizaron tres técnicas para cada dimensión las cuales sirvieron para la triangulación de los datos.

TABLA 3: TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SEGÚN DIMENSIONES DE ESTUDIO

| DIMENSIONES DE ESTUDIO | | TÉCNICAS |
|------------------------|--------------|-------------------------------------|
| BARRERAS FÍSICAS | | 1. Observación |
| | | 2. Entrevistas a profundidad |
| | | 3. Grupo focal |
| BARRERAS SEMÁNTICAS | | 1. Observación |
| | | 2. Entrevistas a profundidad |
| | | 3. Técnica proyectiva |
| BARRERAS PERSONALES | FISIOLÓGICAS | 1. Observación |
| | | 2. Entrevistas a profundidad |
| | | 3. Grupo focal |
| | PSICOLOGICAS | 1. Observación |
| | | 2. Técnica proyectiva |
| | | 3. Entrevistas de historias de vida |
| | IDEOLOGICAS | 1. Observación |
| | | 2. Entrevistas a profundidad |
| | | 3. Grupo focal |

- Observación

La observación fue de tipo participativa pasiva, es decir se participó en la mayoría de las actividades, sin embargo, el investigador no se mezcló completamente con los participantes, siguió siendo ante todo un observador.

Como recurso técnico, la observación fue apoyada con la videograbación de las consejerías, esta se realizó con el apoyo de una webcam en una laptop con la pantalla en negro, para distraer lo menos posible tanto al personal de salud como al usuario.

- **Entrevistas**

Se utilizaron dos tipos de entrevistas: entrevistas a profundidad y entrevistas de historias de vida. Se realizaron en total 17 entrevistas a personal de salud (15 profesionales de enfermería y 2 profesionales de nutrición) y 89 usuarios o hasta que se sature la información. Dichas entrevistas fueron de dos tipos:

Las entrevistas a profundidad: Se utilizaron para explorar los criterios y valoraciones de los entrevistados (personal de salud y usuarios) respecto a las barreras físicas, semánticas, personales (fisiológicas e ideológicas) que pudieron percibir durante la consejería nutricional.

Las Historias de Vida: Se utilizaron para la descripción de acontecimientos y experiencias importantes de la vida de los entrevistados (personal de salud y usuarios) respecto a la consejería nutricional, y como una de las técnicas para identificar las barreras psicológicas.⁴⁵

- **Grupos focales**

Los grupos focales se llevaron a cabo para estudiar a los interlocutores que llevan a cabo la consejería nutricional (personal de salud y usuario), con el fin de conocer actitudes, creencias, valores, motivaciones y percepciones, que surgen alrededor de lo que sería una barrera física y personal (fisiológico, ideológico) durante la consejería nutricional.

Se realizaron 15 grupos focales o hasta que se saturó la información, a madres y/o cuidadoras de niños menores de 5 años; y 1 grupo focal para al personal de salud que realiza la consejería nutricional en los centros de salud estudiados. El número mínimo de integrantes en cada grupo focal fue de 8 participantes.

- **Técnicas de proyección**

El objetivo fundamental de usar esta técnica fue conocer aspectos más profundos de las barreras personales (psicológicas) y semánticas que los individuos participantes en la consejería nutricional puedan percibir. Esta técnica permitió que percepciones internas, provocadas por procesos psicológicos y emocionales conscientes, sean proyectadas en el mundo exterior.⁴⁶

Este tipo de técnica busca realizar un diagnóstico desde el interior de la persona, no desde fuera a partir de manifestaciones conductuales, sino a partir de las proyecciones de la personalidad del sujeto. Las proyecciones son expresiones subjetivas y emocionales del sujeto, de cómo se siente, de cómo actuaría, de cómo piensa. La mejor forma de conocer la estructura dinámica de la personalidad no es a través de su

conducta. Por el contrario, los estados de ánimo, los sentimientos y las emociones tiene un vehículo de expresión más adecuado a través de las proyecciones.

Los instrumentos proyectivos, no son más que una excusa técnica que se coloca ante el sujeto para que libere los rasgos más profundos de su personalidad.⁴⁷

Esta técnica utiliza como estímulo un cómic o viñeta. El proceso metodológico consiste primero en la creación de un comic por parte del investigador, que representa una situación relacionada con el tema objeto de estudios con algunas viñetas incompletas donde no aparecen los diálogos de algunos personajes. Luego, los sujetos de estudio completarán los diálogos inexistentes según su interpretación del personaje y de la situación representada.⁴⁸

En la presente investigación los participantes completaron diálogos, en los cuales se analizaron las respuestas en un aspecto psicológico y semántico.

El resumen del total de veces que se aplicaron estas técnicas para el recojo de datos se muestran en la Tabla 3.

TABLA N° 4: CONFORMACIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

| TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN | N° de aplicación |
|----------------------------------|---|
| OBSERVACIÓN | - 89 sesiones de consejerías nutricionales |
| ENTREVISTA | - 89 usuarios - 17 personal de salud |
| GRUPOS FOCALES | - 15 grupos focales de usuarios. (5 madres cada uno). - 1 grupo focal de personal de salud |
| TÉCNICA PROYECTIVA | - 30 usuarios - 15 personal de salud |

3.5.2. Instrumentos de investigación

Los instrumentos a utilizar en el estudio fueron elaborados, validados por un juicio de expertos y antes de su aplicación se realizó una prueba piloto con un grupo similar al del estudio.

Los resultados de la validación por un juicio de expertos tuvo como resultado que el 100% de los jueces estuvo de acuerdo con que el instrumento recogía información que permite dar respuesta al problema de investigación, así como que las preguntas están

lógicamente conectadas con los objetivos de investigación y que son las suficientes para obtener respuesta a todas las variables y sus dimensiones.

Con respecto a la claridad y la cantidad de las preguntas es la adecuada para la aplicación del instrumento, un 15 % señaló que es un aspecto a mejorar. Esta sugerencia tuvo como resultado que el instrumento se mejorase en redacción y la cantidad de preguntas se redujeran para optimizar el recojo de datos.

El grupo de expertos que validó los instrumentos fueron 5 profesionales de nutrición, un profesional de antropología y un profesional de ciencias de la comunicación.

- Guía de observación

La guía de observación fue diseñada y validada por un juicio de expertos para el estudio de las tres dimensiones de estudio: barreras físicas, semánticas y personales (fisiológicos, psicológicos, ideológicos). El instrumento contó con una sección para cada una de las barreras a estudiar. El instrumento fue aplicado de forma indirecta a las videograbaciones de las consejerías nutricionales. (Ver anexo 4)

- Guía de entrevista

Se elaboraron un total de cuatro guías de entrevistas. Dos de ellas fueron aplicadas al personal de salud y dos para el usuario. Estos instrumentos fueron validados por un juicio de expertos.

Tanto para el personal de salud como para el usuario se elaboró una guía de preguntas de entrevistas estructuradas que contó con tres secciones: barreras físicas, barreras semánticas y barreras personales. Dentro de estas últimas barreras se indagó sobre dos aspectos las barreras fisiológicas y las barreras ideológicas percibidas desde el personal de salud. (Ver anexo 5 y 6)

Asimismo, se elaboraron las guías de preguntas para la elaboración de historias de vida, una para el personal de salud y otra para el usuario: Este instrumento fue para la exploración en las barreras psicológicas desde el punto de las experiencias del personal de salud respecto a las consejerías nutricionales. Se elaboraron preguntas que ayuden a este objetivo. (Ver anexos 7 y 8)

- ***Guía preguntas para el grupo focal***

Este instrumento fue elaborado con los datos obtenidos en la observación y en las entrevistas. Se utilizó para obtener información respecto a dos aspectos las barreras físicas y las personales (fisiológicas e ideológicas). El instrumento fue validado mediante un juicio de expertos. Se elaboró una *guía de preguntas para el grupo focal de personales de salud y otra guía de preguntas para grupos focales de usuarios*. (Ver anexos 9 y 10)

- ***Test de construcción de viñetas***

Este instrumento también fue elaborado luego de obtener los datos mediante la observación y entrevistas. El proceso para su elaboración fue el siguiente:

Diseño: Se creó un comic que representa una situación donde se da una consejería nutricional con la presencia de barreras semánticas y personales. Algunas viñetas estaban incompletas no apareciendo los diálogos de algunos personajes (personal de salud o usuario). El instrumento fue validado por un juicio de expertos.

Aplicación: Los individuos analizados completaron los diálogos inexistentes según su interpretación de los personajes y de la situación representada.

Se elaboraron dos test de construcción de viñetas, uno para el personal de salud y otro para el usuario.

En el test de construcción de viñetas para el personal de salud se observan dos situaciones. La primera, consiste en una pregunta que realiza la madre respecto al significado de algo que no conoce. Ante ello se encuentra el personal de salud delante con una viñeta vacía. Se recoge con ello la percepción del personal frente a qué situaciones en su experiencia personal se han presentado esta pregunta.

La segunda viñeta expresa una conversación de la madre hacia el personal de salud indicando porqué su niña no ha crecido. Y el personal de salud deberá de completar cuál sería una respuesta ante ello.

El test de construcción de viñetas para las madres tenía también dos situaciones, en este caso la primera estaba referida a una conversación con un tecnicismo, para lo cual se dejó en blanco el espacio de la enfermera, para que las madres nos relataran que se suele decir en estos casos cuando ellas no entienden un término. El segundo

gráfico retratado en las viñetas fue un personal de salud enojado contra la madre, esto fue para que nos contaran cuándo suelen darse estos casos.

Este instrumento fue de elaboración propia, los diseños fueron utilizando el programa de diseño Corel Draw. Las gráficas fueron realizadas luego de la primera etapa de recolección de datos y producto de lo recogido con las guías de observación y entrevistas. (Ver anexos 11 y 12)

TABLA 5: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN FUNCIÓN A LA TÉCNICA Y A LOS ASPECTOS A EVALUAR

| TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN | INSTRUMENTOS | ASPECTOS A EVALUAR |
|----------------------------------|--|---|
| OBSERVACIÓN | 1. Guía de observación. | <ul style="list-style-type: none"> - Barreras físicas - Barreras semánticas - Barreras personales (fisiológicas, psicológicas e ideológicas) |
| ENTREVISTA | 2. Guía de entrevista al personal de salud. | <ul style="list-style-type: none"> - Barreras físicas - Barreras semánticas - Barreras personales (fisiológicas e ideológicas) |
| | 3. Guía de entrevista al usuario. | |
| | 4. Guía de preguntas para la elaboración de historias de vida del personal de salud. | |
| | 5. Guía de preguntas para la elaboración de historias de vida del usuario | <ul style="list-style-type: none"> - Barreras personales (psicológicas) |
| GRUPOS FOCALES | 6. Guía preguntas para el grupo focal del personal de salud. | <ul style="list-style-type: none"> - Barreras físicas - Barreras personales (fisiológicas e ideológicas) |
| | 7. Guía preguntas para el grupo focal del usuario. | |
| TÉCNICA PROYECTIVA | 8. Test de construcción de viñetas para usuarios. | <ul style="list-style-type: none"> - Barreras semánticas - Barreras personales (psicológicas) |
| | 9. Test de construcción de viñetas para personal de salud | |

3.6. Plan de Procedimientos

Se presentó la propuesta de estudio a la Dirección Regional de Salud del Callao para su aprobación y respectiva autorización para la ejecución de las actividades del estudio. Una vez que se tuvo la autorización, se enviaron oficios a cada uno de los directores de los centros de salud y se coordinó con ellos los días de las visitas.

Las consejerías nutricionales fueron evaluadas según la ficha de evaluación del documento técnico de “Consejería Nutricional” elaborado por el Centro Nacional de Nutrición. Para que dicha consejería forme parte del estudio tenía que tener como característica la presencia de al menos dos de los cinco pasos que sugiere el documento para desarrollar una consejería, estos son: el análisis de la situación encontrada y la búsqueda de la solución. (Anexo 10)

La ficha de evaluación de las consejerías nutricionales también otorga un puntaje a cada ítem que evalúa, y brinda como resultado la calificación de la consejería en adecuada, en proceso o inadecuada, por lo que a las consejerías seleccionadas para el estudio se les evaluó también con este instrumento.

Para la recolección de la información para el estudio se solicitó el consentimiento informado a las madres y al personal de salud que participó en el estudio.

La recolección de datos estuvo compuesta por dos etapas.

Primera etapa: Consistió en la aplicación de las técnicas de observación y entrevista. Se visitó cada uno de los 15 establecimientos de salud, y se estuvo presente durante la jornada de atención, luego de cada atención se realizaba una entrevista a las madres participantes atendidas y al personal de salud que la impartió. Se videograbaron las sesiones de consejerías como parte del apoyo para la observación, y se audiograbaron las entrevistas.

Segunda etapa: Con la información obtenida en la primera etapa se elaboraron los instrumentos de recojo de datos para las técnicas de grupos focales y técnicas proyectivas. Se visitaron nuevamente a los centros de salud y se aplicaron estas técnicas en el personal de salud y madres o cuidadoras de niños menores de cinco años que hayan recibido una consejería nutricional en dicho establecimiento.

3.7. Análisis de Datos

Para describir a las unidades de análisis se recurrió a la estadística descriptiva. Con la información obtenida de la ficha de evaluación de las consejerías nutricionales utilizadas en el tamizaje, se obtuvo un puntaje de cada consejería nutricional. Este puntaje se promedió y clasificó según la normativa de consejerías nutricionales del CENAN/INS/MINSA. Otros datos como el tiempo de duración de cada consejería y el tipo de personal de salud que la realizaba se analizó también con estadísticas descriptivas, mediante el programa Microsoft Excel 2010.

Para realizar el análisis del contenido de las observaciones, entrevistas, grupos focal y los test de construcción de viñetas, se revisaron los apuntes y notas tomadas, además se volvieron a ver las videograbaciones, para así tener datos más confiables. El análisis de los datos consistió en:

- **Lectura:** Transcripción manual y lectura de las notas tomadas en las observaciones, grupos focales y en las entrevistas. Análisis de contenido en los test de construcción de viñetas.

- **Codificación:** A medida que se leyó, se fueron detectando los temas que iban surgiendo, a los que se les asignó códigos o rótulos a los fragmentos de textos que representaban esos temas de tal modo que se puedan agrupar y comparar fragmentos similares o relacionados de información.

Esta etapa consistió en la elaboración de matrices donde se categorizó la información en unidades de análisis conformadas básicamente por los subtemas dando un orden a la información recolectada. Para ello se elaboraron sábanas de papelógrafos a fin de registrar la extensa variedad y complejidad de información, esto permitió visualizar la data obtenida en cada técnica cualitativa y realizar las comparaciones para hallar similitudes o diferencias, para ellos se hizo uso de un código de colores utilizando diferentes plumones resaltadores lo que permitió clasificar la información o el surgimiento de nuevas ideas; de esta manera se fueron describiendo los contenidos que fueron consolidando las unidades de análisis encontradas.

- **Presentación:** Una vez que los textos fueron codificados se exploró cada dimensión con la información pertinente para cada categoría, mediante una hoja de síntesis.

- **Reducción de los datos:** En esta etapa se fueron integrando los datos plasmados en las sábanas hechas a base de papelógrafos, consolidando los temas y subtemas para una facilidad de interpretación. Se buscaron las relaciones y contradicciones de toda la información, haciendo en dirección viceversa la interpretación, mientras se redactaba simultáneamente el argumento, elaborando figuras que ayuden a la presentación de datos.
- **Interpretación:** Se explicó el significado esencial de los datos, comunicando las ideas fundamentales del estudio y permaneciendo fieles a las perspectivas de los participantes. Se emplearon figuras y tablas para organizar los resultados.
- **Criterio de confirmabilidad:** Dicho criterio estuvo basado en la bitácora de campo del estudio (instrumentos, transcripciones, herramientas utilizadas durante la reducción e interpretación) y la bitácora de análisis (anotaciones durante el proceso de análisis).
- **Triangulación de datos:** Esta fue aplicada en el estudio mediante la contrastación de la información obtenida por tres tipos de técnicas diferentes para cada dimensión (observación, entrevista, grupos focales y técnicas proyectivas), con el objeto de aumentar la credibilidad de los datos. Para cada subvariable de estudio se asignaron las técnicas de investigación según la tabla N°2, en función a la pertinencia de la información que se deseaba obtener.

3.8. Ética del estudio

Previo al estudio, el proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Dirección Regional de Salud del Callao, jurisdicción a la que pertenece Ventanilla. (Ver anexo 1)

Asimismo se solicitó el consentimiento informado a cada madre y personal de salud participante en el estudio, tanto a aquellos cuyas consejerías fueron grabadas (solicitándoles la autorización para incluirlos en el estudio, al final de la sesión), como también para aquellos que participaron en las entrevistas, grupos focales y técnicas proyectivas. (Ver anexos 2 y 3)

VI. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Se estudiaron 89 consejerías nutricionales, de las cuales el 91% fue otorgado por un personal de enfermería.

Tabla 6: Tipo de personal de salud que otorga la consejería nutricional a madres de niños menores de 5 años en la Red de Salud Ventanilla. Julio 2013

| Tipo de personal de salud | n | % |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Nutrición | 8 | 9 % |
| Enfermería | 81 | 91 % |
| Total | 89 | 100 % |

En los 05 centros de salud donde hay nutricionista, solo en 02 de ellos dicho profesional comparte esta función en la atención CRED. En los otros centros de salud, el nutricionista se encarga solo de los casos graves, se encarga de personas adultas, gestantes y/o se encarga de trabajos extramurales. Dejando la consejería nutricional de la atención CRED a cargo del personal de enfermería del área.

La edad promedio de los profesionales de la salud fue de 36.4 ± 6.7 años, siendo el mayor de ellos de 47 años y el menor con una edad de 27 años. En la distribución por grupos se puede observar que el mayor porcentaje de profesionales de la salud del estudio se encuentra en el rango de 30 a 40 años de edad.

Con relación a la procedencia de los profesionales de salud pertenecientes al estudio, se pudo observar que el 82 % de ellos era natal de Lima. Y que el 18% de ellos procedía de algún otro lugar del país diferente a la capital.

En relación al tiempo empleado para cada consejería nutricional, se observó que en promedio es de 19.34 ± 5.9 min.

Con respecto a la calificación de la consejería según el instrumento del Instituto Nacional de Salud, el 60 % de ellas se encuentra “en proceso”.

Tabla 7: Clasificación de las consejerías nutricionales a madres de niños menores de 5 años en la Red de Salud Ventanilla. Julio 2013

| Clasificación | n | % |
|---------------|-----------|--------------|
| Adecuada | 4 | 4 % |
| En proceso | 53 | 60 % |
| Inadecuada | 32 | 36 % |
| Total | 89 | 100 % |

Las consejerías fueron otorgadas a madres de niños menores de 5 años, las cuales contaban con una edad promedio de 24.4 ± 5.7 años. La mayoría de ellas se encontraba en el grupo de 20 a 25 años de edad (39%).

Tabla 8: Distribución de madres según edades. Red de Salud Ventanilla. Julio 2013

| Edades | N | % |
|--------------------|-----------|--------------|
| Menores de 20 años | 21 | 24% |
| 20 - 25 años | 35 | 39% |
| 26 - 30 años | 20 | 22% |
| Mayores de 31 años | 13 | 15% |
| Total | 89 | 100 % |

El 61% de las madres encuestadas tenía como lugar de procedencia otro lugar diferente de Lima, teniendo un promedio de tiempo de residencia en la capital de 10.06 ± 5.71 años.

Del nivel de educación de las madres fue diverso, siendo este desde primaria incompleta hasta educación superior.

En la tabla 9 podremos observar la distribución de la población participante en las consejerías nutricionales según el grado de instrucción.

Tabla 9: Distribución de madres según grado de instrucción. Red de Salud Ventanilla. Julio 2013

| Nivel de instrucción | N | % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Primaria incompleta | 2 | 2% |
| Primaria completa | 9 | 10% |
| Secundaria incompleta | 40 | 45% |
| Secundaria completa | 36 | 40% |
| Estudios superiores | 2 | 2% |
| Total | 89 | 100 % |

4.2 BARRERAS COMUNICACIONALES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

La comunicación entre el personal de salud y la madre durante las consejerías nutricionales fue limitada por diferentes aspectos relacionados con el entorno, a los cuales se les consideró como barreras físicas; aspectos relacionados con la estructuración del mensaje, consideradas como barreras semánticas; y las relacionadas con los sujetos participantes en la comunicación, barreras personales. Estos resultados los podemos observar en la fig. 1 y conforme a lo observado en la investigación lo que estas barreras ocasionan en la interacción entre el personal de salud y las madres durante las consejerías nutricionales es una brecha en la cual el mensaje que se desea transmitir puede perderse.

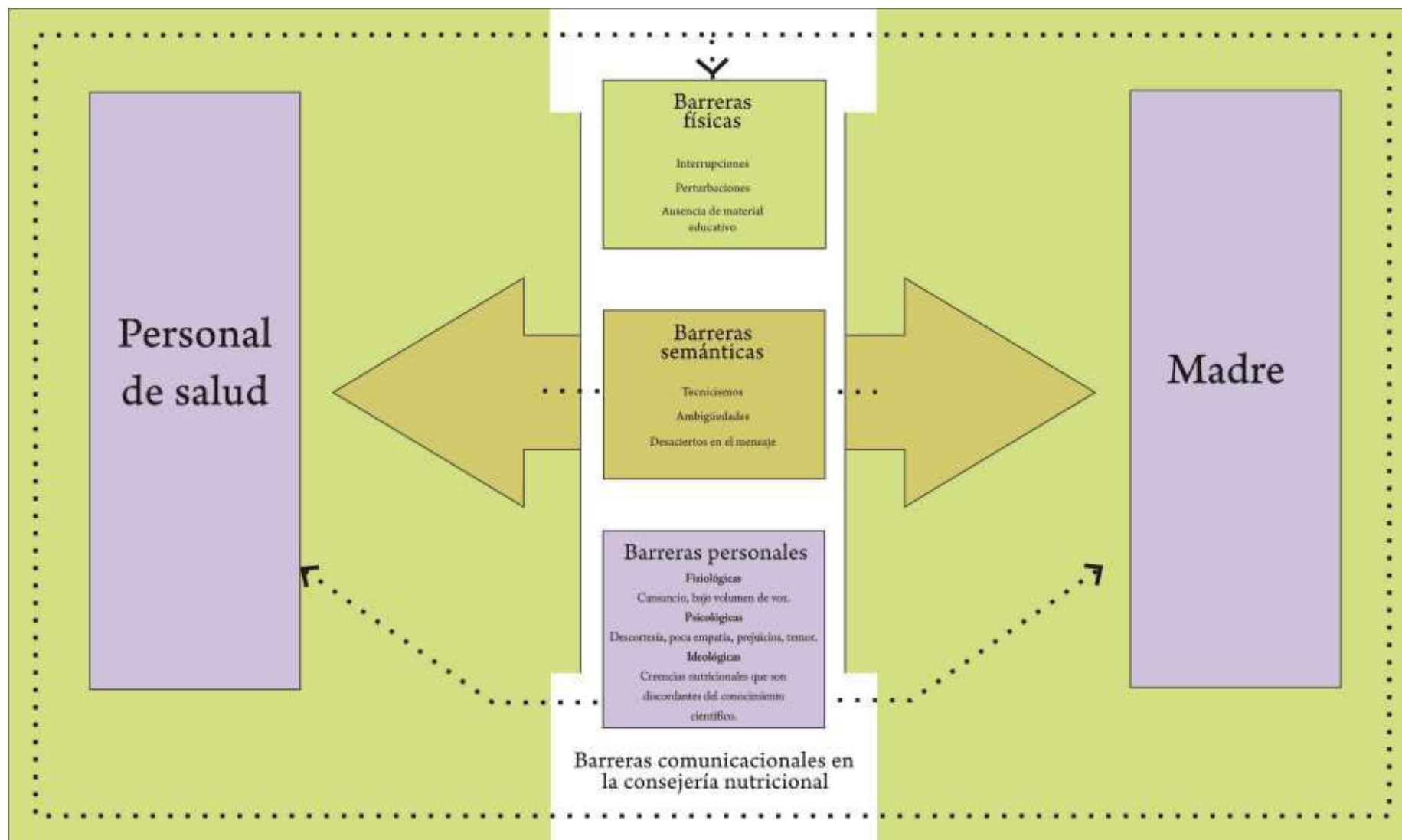


Figura 1: Barreras comunicacionales en las consejerías nutricionales de la Red de Salud Ventanilla. Julio 2013. (n=89)

4.3 BARRERAS COMUNICACIONALES FÍSICAS

4.3.1 Ambiente físico donde se desarrolla la consejería

En el estudio se observó que el ambiente en el que se brinda la consejería nutricional difiere según el área que lo realiza (enfermería o nutrición).

Si es realizado por el personal de enfermería, se realiza en el consultorio de la atención CRED. En este caso, el ambiente incluye un espacio para la antropometría (medición de peso y talla del niño), vacunatorio (con los implementos del caso: congeladora, utensilios, entre otros) y el área de la consejería propiamente dicha (con el escritorio y mobiliario respectivo). Estas tres secciones coexisten en un mismo ambiente, para la mayoría de casos.

“Es un ambiente compartido, porque es “vacunas” y CRED a la vez. Debería ser mejor un consultorio aparte. Porque lo ideal sería tener un vacunatorio y un consultorio exclusivamente de CRED. Ya que a veces por el apremio del tiempo tengo que hacer pasar a la paciente que va solamente a vacunarse al fondo con la otra enfermera y ella está escuchando, por más bajito que yo hable todo lo que le digo a la paciente que atiendo, y hay información “secreta” ya que la mayoría se conoce, son vecinas y les es molesto que se estén enterando que su niño está bajo de peso o tiene tal o cual cosa”.

Enfermera – Entrevista a profundidad.

En algunos centros de salud (3 de los 15 visitados), las áreas de antropometría y vacunación se realizan en otro ambiente destinado exclusivamente para este fin. Si es realizado por el Servicio de Nutrición, el consultorio es destinado exclusivamente a la consejería nutricional.

En ambos casos, se observó que los ambientes estaban iluminados, ya sea con luz natural a través de ventanas, o de caso contrario con luz artificial. También, todos los consultorios contaban con ambientación alusiva a temas de nutrición, con mensajes como por ejemplo:

“La lactancia materna, simplemente lo mejor” – Afiche publicitario de la DIRESA

Sin embargo, el personal de salud reclama más de este tipo de material:

“El afiche que ve ahí por ejemplo es el único que tenemos sobre lactancia materna”

Enfermera – Entrevista a profundidad

Cuando se toca el tema de infraestructura la percepción tiende a ser positiva,

“El lugar es amplio, limpio y bien ordenado. Yo veo todo bien implementado”.

Madre – Grupo Focal

“Antes teníamos nuestras postas de “triplay”, y en invierno era todo muy frío. Ahora igual hace frío pero da gusto venir porque el lugar es bonito y limpio”

Madre – Grupo Focal

El personal de salud menciona que ha habido grandes avances en esta materia, mencionan en muchas oportunidades que a lo largo del tiempo sienten que su centro de salud ha mejorado en términos de infraestructura.

Salvo algunas excepciones que deja a relucir sus reclamos, como en el caso de la nutricionista quien afirma que no cuenta con una ambiente fijo y exclusivo:

“Voy dos años aquí y no tengo consultorio, el doctor me ha dado un ambiente en el auditorio, pero cuando hay capacitaciones no tengo donde atender. Entonces tengo que buscarme un ambiente. Estos días, por lo que hay paro de médicos los estoy atendiendo este lugar, pero si no a veces tengo que cancelar la atención de consultoría. El psicólogo y yo estamos en ese problema, pero ya de acá a un mes ya terminan los nuevos ambientes, como debes haber visto en la parte de atrás están construyendo. De ahí otro problema, no. Solo falta de consultorio.”

Nutricionista –Entrevista a profundidad.

Una característica constantemente vista en todos los centros de salud visitados fue que durante el desarrollo de la consejería en nutrición, en la mayoría de casos, además del personal de salud que brinda el servicio y la madre que atiende, están presentes personas, que son ajenas al personal de salud, madre y niño, tal como lo manifiesta en un testimonio durante la entrevista:

“Al ingresar al consultorio, se encontraba todavía un señor, que había sido atendido anteriormente por la vacuna para la influenza. Aún no terminaba de vestirse, estaba acomodándose la camisa dentro de su pantalón y ambos nos sentimos avergonzados, el señor se dio la vuelta y yo lo ignoraba”

Madre – Entrevista a profundidad

Otro tipo de situaciones más frecuentes son el personal de logística realizando inventario, otro personal técnico de enfermería atendiendo otros casos de vacunación, otra enfermera redactando informes, personal de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) haciendo entrega de vacunas, entre otras situaciones.

4.3.2 Relacionadas al material educativo

Para el desarrollo de la explicación de estado nutricional de los niños, lo usual es la utilización de la cartilla de crecimiento del niño, mediante la cual, el personal de salud indica si el niño ha aumentado, conservado o disminuido el peso y/o la talla. No se ha observado la utilización de otro tipo de materiales de soporte para este fin.

Con respecto a la explicación de las indicaciones dietéticas para el niño, no se contaban con materiales de apoyo para la explicación, dándose generalmente de forma verbal. En muy pocos casos se utilizó un tríptico, cuya información era genérica respecto a un tema, más no personalizada; en otros casos se utilizó un recetario elaborado por la DIRESA para la alimentación complementaria.

El recetario de alimentación complementaria de la DIRESA CALLAO, es para niños desde 6 meses a los 2 años, contiene 16 recetas, las cuales no están clasificadas por meses, de forma que puede entenderse que son para un niño que acaba de cumplir 6 meses o como para uno de 2 años, sin embargo el contenido de las preparaciones incluyen ingredientes que según las recomendaciones pediátricas y nutricionales no son lo ideal para grupos de edades muy tempranas. Es así que encontramos “puré de papa con pescado”, “mazamorra de avena con leche”, “puré de papa con frejol” indicándose que estas preparaciones pueden brindarse a partir de los 6 meses de edad. Sin embargo, el pescado, las menestras y la leche en polvo, tienen un ingreso a la dieta del menor a partir de meses posteriores.

Se observó también la utilización de un folleto informativo elaborado por un laboratorio de fórmulas nutricionales pediátricas, en este folleto se brindan indicaciones sobre alimentación complementaria, cantidades en cucharadas por meses y ejemplos de

alimentos a incluir. El nombre de la marca había sido borrado con corrector por la enfermera.

No se observó que se entregasen indicaciones escritas respecto a lo que la enfermera o nutricionista recomienda para la alimentación del niño. Las madres manifestaban durante los grupos focales que el nivel de retención de los mensajes se veía afectado por una carencia de materiales, ya que deseaban llevarse los mensajes otorgados de alguna forma práctica de recordarlos.

“Los doctores hablan muy bien, pero no te apuntan nada, yo quisiera poder llevarme todo lo que me dice anotado en un papel, o algo para poder ponerlo en mi cocina y acordarme de lo que tengo que darle a mi bebé. Usted sabe que la memoria es frágil y no siempre me acuerdo de todo lo que me dicen”

Madre – grupo focal

4.3.3 Referente a ruidos o perturbaciones sonoras

Los ruidos que se registraron provinieron del ambiente de vacunación contiguo. El llanto de los niños está presente en la mayoría de las consejerías, y en algunos casos se brindaba la atención de vacunación a otros niños, paralelamente a la atención de consejería nutricional.

También otra de los ruidos presentes en las consejerías fue la de los propios niños de la consejería nutricional.

TABLA N° 10: BARRERAS COMUNICACIONALES DE TIPO FÍSICAS EN LAS CONSEJERÍAS EVALUADAS EN LA RED DE SALUD DE VENTANILLA. 2013 (n=89)

| TEMA | SUBTEMA | CITAS DEL PERSONAL DE SALUD | CITAS DE MADRES Y/O CUIDADORAS | CITAS DEL OBSERVADOR |
|-------------------------|---|--|--|--|
| BARRERAS FÍSICAS | AMBIENTE Barrera identificada con más frecuencia: <i>Interrupciones durante la consejería</i> | <i>"Es cosa del día a día que nos toquen la puerta a mitad de consulta, he llegado a colocar mensajes en la puerta con el lema 'no molestar', pero igual se dan las interrupciones"</i> Personal de salud | <i>"No señorita, nos han interrumpido..."</i> Madres | Todas las consejerías observadas registraron interrupciones, que oscilaron entre 1 y 4 veces. |
| | MATERIALES EDUCATIVOS Barrera identificada con más frecuencia: <i>Ausencia de material educativo.</i> | <i>"Se ha logrado tener un material educativo, para las madres, es un recetario para la alimentación complementaria"</i> Personal de salud | <i>"Para nosotras es más fácil llevarnos recetas para preparar en nuestra casa, pero eso no te dan acá en la consulta"</i> Madres | Las recomendaciones que de brindan son en su mayoría de forma oral. Se cuenta con un material de recetas para alimentación complementaria solo en algunos centros de salud y las indicaciones que se brindan no están especificadas por edades. |
| | RUIDOS Barrera identificada con más frecuencia: <i>Perturbaciones sonoras</i> | <i>"Cuando estamos en la consejería siempre hay ruidos que distraen a la madre, sobre todo cuando son varios hijos, los niños hablan y no dejan que la madre preste atención"</i> Personal de salud | <i>A veces el llanto de los bebés me distrae, es que tienen hambre, están aburridos también.</i> Madres | Durante la consejería los únicos sonidos que pueden perturbar son los de los niños llorando, cuando les colocan las vacunas y luego les dan la consejería. |

4.4 BARRERAS COMUNICACIONALES SEMÁNTICAS

4.4.1 Idioma

El lugar de procedencia de las madres que asisten a la atención en los centros de salud visitados, es en su mayoría del interior del país, de lugares quechua hablantes, o provienen de familias quechua hablantes, a pesar de ello, en su totalidad expresaron entendimiento del castellano.

4.4.2 Claridad del mensaje

Tecnicismos

En las consejerías nutricionales observadas para el estudio, el personal de salud utilizó un lenguaje fluido durante el desarrollo del diálogo con la madre y la explicación de las recomendaciones para la alimentación de los niños. La información que se brinda en la mayoría de los casos fue práctica y sencilla de entender. Sin embargo, en algunos casos, se pudo percibir la utilización de tecnicismos, que para el lenguaje usual de las madres pudo no tener mucha familiaridad, hablamos de términos como “hemoglobina”, “proceso de adaptación”, “aumento de la masa corporal”, en el contexto señalado a continuación:

“Su niña tiene hemoglobina baja...” (Personal de Salud)

“El organismo de su niño está en un proceso de adaptación frente a algunos alimentos...” (Personal de Salud)

“Su niño necesita proteínas para aumentar su masa corporal...” (Personal de Salud)

“Su niño está en riesgo nutricional, desde el último control que lo ha traído no ha ganado la cantidad de peso que debió de ganar...” (Personal de Salud)

Cuando se les pregunta a las madres sobre qué creen que el personal de salud quiso decir respecto a alguna de estas frases, como por ejemplo “riesgo nutricional”, se obtuvieron respuestas como:

“El niño no está comiendo” (Madre – test de viñetas)

“Se encuentra desnutrido el niño” (Madre – test de viñetas)

En todos los casos no se menciona la probabilidad de que no haya ganado el peso suficiente para el tiempo que tiene, ni tampoco cabe la acepción de que este en un riesgo nutricional por exceso de peso. Por lo que las madres se quedan con una información incompleta.

Por otro lado, durante las entrevistas a las madres, realizadas inmediatamente después de haber recibido la consejería nutricional, se les consulta respecto a qué le han dicho sobre cómo alimentara su niño, las respuestas son muy similares entre sí, y en casi todas expresan muy poca información. Muy pocas madres son las que mencionan todas las indicaciones más detalladamente.

“Nada señorita, solamente me han dicho que le dé la papilla.”

Madre – Entrevista a profundidad

“No recuerdo bien, señorita. Pero me dijo que estaba bien”

Madre – Entrevista a profundidad

Ambigüedades

Se observó que existen ambigüedades en el mensaje que brinda el personal de salud respecto a algunas recomendaciones, las cuales suelen hacerse genéricas a lo que las madres preguntaban para que se les aclare la información.

Como por ejemplo, “ella no puede tomar sopa, nada de sopa, nada de líquidos”, fue una frase que puede dar a entender que el niño no puede tomar nada de líquidos en todo el día, y dado el contexto en el que se dio sin más aclaración la madre puede llevarse una idea errónea.

En algunos casos las madres preguntan y el personal de salud tuvo oportunidad de explicar, por ejemplo:

Personal de salud: “La niña ya tiene 11 meses, ya puede comer pescado, ya puede comer menestras, ya puede comer todo”

Madre: “¿todo señorita?, pero solo tiene 2 dientecitos”.

4.4.3 Desaciertos en el mensaje

El contenido del mensaje ofrecido durante la consejería nutricional no fue del todo acorde a las guías de nutrición infantil del Ministerio de Salud. Se recomiendan las cuestiones básicas y las pautas adecuadas, sin embargo se presentaron varios casos en los que no se explica a mayor detalle el cómo y para qué es necesaria una adecuada alimentación del niño.

Por ejemplo, durante la explicación del estado nutricional de los niños, es muy usual al utilización de las gráficas de crecimiento para explicar la situación nutricional, y en algunos casos el personal de salud utiliza la siguiente frase “Tu niña se está manteniendo en línea recta”, en una consejería la madre pregunta, qué significa ello, y es ahí cuando le explican que “no está ganando el peso adecuado”.

Sobre la lactancia materna

Para el periodo de la lactancia, el personal de salud explica los beneficios de ésta para el estado de salud del niño. Asimismo, promueve la lactancia materna exclusiva.

“La leche materna, que tenga sus horas exactas, para que se acostumbre. Darle en la mañana 2 veces, en la tarde 2 veces, en la noche 2 a 3 veces”.

Enfermera – Observaciones

“Si el niño se queda dormido hay que levantarlo para darle de lactar”

Enfermera – Observaciones

En algunos casos cuando la enfermera dice que es necesario que se brinde la lactancia materna exclusiva, se puede ver una manifestación de asombro en el rostro de los padres, preguntando en ciertas ocasiones “¿es de forma exclusiva?”.

Sobre la alimentación complementaria

Una de las debilidades fue la profundidad en los mensajes otorgados para la alimentación complementaria. Lo común en las primeras preguntas que manifestaron las madres cuando el niño recién va a iniciar la alimentación complementaria son las que a continuación se mencionan:

“¿Le puedo dar agüita?”, “¿Le puedo dar carne?”, “¿qué más le puedo dar?”

Y es que si bien hay uniformidad en recomendar que “solo a partir de los 6 meses se le puede dar de comer, porque antes de ello el estómago aún no está preparado para

recibir alimentos”, los consejos sobre cómo es este periodo de primer contacto con los alimentos, denominado alimentación complementaria, no cuenta con afirmaciones uniformes en todos los centros de salud.

Por ejemplo con respecto a la leche de vaca, todos en su mayoría, el personal de salud optaba por recomendarla a partir del año de edad. Lo que variaba en cada recomendación era respecto al tipo y variedad ofrecida por el mercado:

“Señora, no le de leche azul, mejor es la amarilla o la NAN”.

Enfermera – Observaciones

Otros mencionan: “la leche en polvo es mejor que la leche en tarro”.

Si observamos el tema de la incorporación gradual de alimentos a partir de los 6 meses, se omite en muchos casos a partir de que tiempo puede comenzar con los cítricos, pescado u otros alimentos que no son recomendados desde los 6 meses.

Por ejemplo, en muy pocos casos se ha observado que el personal de salud le diga “No puede comer naranja ni mandarina aún”, “nada de alimentos del mar”, “a su edad ya debe de consumir pescado: jurel bonito”.

Sin embargo algo que si se ha visto comúnmente es recalcar el tema de las infusiones y las agüitas, “Anís no, infusiones tampoco, si agüita de quinua, avena”, frases como estas han sido muy frecuentes en las consejerías para todas las edades de niños.

Al momento de informar sobre la alimentación complementaria no se detalla usualmente la especificación de la cantidad de alimentos que requiere un niño, solo algunas de las consejerías que tocaron este tema mencionaron el número de cucharadas de papilla que debería darle.

Respecto a la variedad de los alimentos, si se menciona en las consejerías sobre la importancia de ello, aunque no con mucha frecuencia. Esto en algunos casos es ampliado con la división de los alimentos (energéticos, constructores y protectores).

“Recuerde que alimentos como la papa, camote, yuca, le brindarán energía a su niño; las carnes no deben de faltar así como los huevos, leche, pues contribuirá a que crezca como se debe. Y las frutas y verduras también han de ser consumidas todos los días”.

Personal de salud – observación

La consistencia de las preparaciones para la alimentación complementaria no es un tema muy recalcado, salvo cuando se inicia esta etapa. Cuando se brindan las consejerías a madres de niños menores de 6 meses, se ha observado que se le suele detallar este tema. Sin embargo, no se ha observado que esto se reitere en las otras edades de niños atendidos.

“Se iniciará la alimentación de su bebé con papillas, alimentos aplastados y que sea espesito, no debe de estar líquido ni licuado y colado, pues así no será tan nutritivo para él”

Personal de salud - observación

Sobre la anemia y la suplementación

Con relación a la anemia, esta fue abordada mediante las indicaciones en la alimentación, dando mensajes en los cuales se enumera los alimentos fuentes de hierro: “El hierro lo encontramos en las vísceras, no en el apio ni en la beterraga”, pero hay otros casos en los que se ha dicho: “Trata de darle bazo, luego le sigue la sangrecita, luego el hígado, pero el pollo ya no tiene casi nada.” (Enfermera – Observaciones)

Para el tratamiento de un niño con anemia, en todos los centros de salud se le recomienda sulfato ferroso. Las explicaciones siempre son adecuadas para la utilización de los suplementos de sulfato ferroso.

Se percibe duda en la efectividad del sulfato ferroso por parte de las madres. Se ha generado una desconfianza por ser un medicamento que lo recibe del centro de salud, en muchos casos gratuitos. Como respuesta a ello, suelen pedir un medicamento más fuerte. El personal de salud les responde que no hay otro, además le sale menos caro. Y que si el problema es el estreñimiento que le de granadilla.

Madre: “¿El sulfato le da hambre, doctor?”

Enfermera: “Si le va dar hambre por eso va a subir su hemoglobina”.

Consejería Nutricional - Observaciones

En las entrevistas a profundidad a las madres, se indaga sobre qué más les hubiera gustado saber, a lo que las respuestas van enfocadas muchas de ellas, a la alimentación complementaria.

“Desearía aprender más, pero ya no le quería preguntar. Le hubiera preguntado que ingredientes le pueda dar para que le pueda alimentar a mi hijo, me decía los mismo la quinua, soya cereales”

Madre – Entrevista a profundidad

“Quisiera que me dijeran que otras opciones puedo darles, pues ella no come cosas dulces como las que ella me ha indicado. Quiero saber más variedad de preparaciones.”

Madre – Entrevista a profundidad

TABLA N° 11: BARRERAS COMUNICACIONALES DE TIPO SEMÁNTICAS EN LAS CONSEJERÍAS EVALUADAS EN LA RED DE SALUD DE VENTANILLA. 2013 (n=89)

| TEMAS | SUBTEMAS | CITAS DEL PERSONAL DE SALUD | CITAS DE MADRES Y/O CUIDADORAS | CITAS DEL OBSERVADOR |
|----------------------------|--|--|--|--|
| BARRERAS SEMÁNTICAS | CLARIDAD DEL MENSAJE Barrera identificada con más frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> <i>Tecnicismos</i> | <i>"Su niña tiene hemoglobina baja..."</i> Personal de salud | <i>"A veces uno se va a la casa con la duda de saber si tu niño está muy grave, si se puede recuperar"</i> Madres | Palabras como "proteínas", "proceso de adaptación", "riesgo nutricional", dichas en un contexto sin mayor explicación de su contenido. |
| | VERACIDAD DEL MENSAJE Barrera identificada con más frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> <i>Desaciertos en el mensaje</i> | <i>"A su edad ya debe de consumir pescado: jurel bonito".</i> Personal de salud | <i>"Me gustaría saber si ya le puedo dar frutas, si le puedo dar su higadito. Me dijo que le dé papilla pero no me ha dicho que cosas le puedo dar."</i> Madres | Los mensajes se brindan con escasa información, dejando dudas en las madres. |

4.5 BARRERAS PERSONALES

Para este tema nos enfocamos en las dos personas que interactuaron durante el proceso de la consejería nutricional, se estudió las limitantes que podrían presentar los profesionales de la salud y las limitantes que podrían presentar las madres.

A continuación se describirán las barreras fisiológicas, psicológicas e ideológicas, presentes en cada uno de los actores de la consejería (personal de salud y madres).

4.5.1 BARRERAS PERSONALES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

- Barreras fisiológicas del personal de salud

Durante la observación de las consejerías nutricionales no se observaron problemas de tartamudez, ni afonía. En general, la forma de hablar del personal de salud es entendible, fuerte y claro, según lo manifestaron las madres en las entrevistas. En las entrevistas, los profesionales de enfermería y nutrición, coincidían en que es agotador el hablar durante varias horas seguidas. Otros afirmaban la presencia de condiciones externas que podían incrementar la dificultad de esta actividad:

“Ha habido momentos en los que por motivos del clima, y porque yo hago turnos de doce horas. Me enfermé de la garganta, pero somos del Estado, y así enfermos pero tenemos que venir. Y tuve que trabajar así.”

Enfermera – Entrevista a profundidad

Otro factor externo que puede influir en el estado fisiológico del personal de salud, haciendo que no se encuentre en un cien por ciento para brindar la calidad de atención, es el cansancio:

“Bueno sí, si lo he sentido. Somos humanos. Algunas veces, sobre todo en las últimas consejerías estoy agotada. Y sobre todo cuando una situación se repite muchas veces. A esto se le suma obviamente la carga emocional, pues también sale a relucir mi parte materna, cuando veo el descuido al que tienen a sus hijos, y genera indignación. Porque a veces ver a un niño desnutrido es chocante. A veces me amargo un poquito más y le digo “Si fueses mi hija creo que como abuela me lo llevaría”, “Si estuvieras en otro país ya te lo hubieran quitado, y hubieses sido denunciada por maltrato”. Eso pasa, cuando uno está cansada, se irrita más rápido, y es un ciclo, pues al llenarte de cólera estas gastando más energía, y parece mentira eso te agota más.”

Enfermera – Entrevista a profundidad

- **Barreras psicológicas del personal de salud**

Actitudes que pueden limitar la comunicación en el desarrollo de la consejería:

En muchos casos se ha observado que el primer contacto al ingresar un paciente es un tanto hostil. Desde el punto que al ingresar el paciente muchas veces el personal de salud se encuentra aún concentrado escribiendo los formatos de atención del anterior paciente, el saludo en muchos casos se omite y el contacto visual con el paciente es escaso.

Estas actitudes de concentración frente a una responsabilidad como la de cumplir con los esquemas de atención, opacan las actitudes de cortesía que hacen sentir en confianza al paciente.

Los pacientes mencionan que como uno de los detalles que los hacen sentirse a gusto con la atención es la confianza que sientan:

“Antes de venirme a Lima recuerdo que iba a atenderme a un centro de salud, para mi primer niño, y la doctora que me atendía era bien amable, me sentía como de su familia y me explicaba todo bien detallado”.

Madre de familia – Historias de vida

Actitudes que generan apertura en el diálogo y comunicación durante la consejería:

Así como algunas actitudes observadas limitan la comunicación, también se observaron aquellas que favorecen a esta. En algunos casos se ha podido observar la familiaridad entre paciente y personal de salud. Al parecer, producto de un previo conocimiento en anteriores atenciones en el centro de salud. Es así que el paciente es recibido por el personal de salud con expresiones como:

“¡Qué bueno verte!”

“¡Tan rápido ya pasó un mes!”

“¿Se mejoró tu niña de los bronquios?”

Estas frases luego de pronunciadas generan que en la expresión facial de la madre atendida se denote un gesto de simpatía, arrancando una sonrisa, aperturando el diálogo y predisponiendo al paciente a contar su situación.

Y la peculiaridad de que se haya estudiado centros de salud locales, es que hay una buena cantidad de personal de salud con varios años de servicio, encargados de una misma población:

“Yo vengo 12 años en el centro de salud, he visto crecer a muchos niños, he visto a muchas madres con varios hijos, y a cada uno los he atendido. Y también he visto muchos casos de mejora en su estado nutricional. También es cierto que ha ayudado mucho los avances que ha habido por acá, por ejemplo, he tenido casos al inicio donde la familia no tenía ni para comer, a veces lo único que me tocaba decirle eran palabras de esperanza, de lucha. Pero ha habido bastantes cambios, y ahora ya están saliendo adelante poco a poco. Aunque tampoco te voy a decir que no hay pobreza”.

Enfermera – Historias de vida

También, se ve el caso de algunos profesionales que se involucran con su labor denotando una sensibilidad no del todo generalizada entre los profesionales de salud, esta es la historia de una SERUM en enfermería, quien nos narra esa experiencia suya del contacto con la realidad más pobre de Ventanilla:

“Cuando yo llego al centro de salud me hablan de una zona llamada “ciudad porcina”, porque se dedican a la crianza de chanchos, queda algo aislada y lejana al centro de salud. Me habían dicho que ni el INEI (los encuestadores) llega hasta ese lugar, así que su situación no entra a las estadísticas. Fui con la campaña de vacunación, pues los niños no vienen a la posta, y cuando llegue, vi entre el olor a basura, que es el alimento de los chanchos, a varios niños, y se nota que están desnutridos porque el cabello lo tienen claro. Están descuidados y los dejan solos porque los padres trabajan, así que no hay a quien visitar ni a quién orientar”.

Enfermera – Historias de vida

Emociones que presenta el personal de salud durante la consejería nutricional que puedan limitar la comunicación:

Una de las situaciones que se presentan en la atención al paciente, y que es la más temida por este último, son los episodios de enojo en el personal de salud.

Mencionados durante las entrevistas, algunas madres refieren que al contar lo que le dan de comer al niño han omitido muchas prácticas que suelen realizar, justamente por temor a que puedan molestar a la enfermera, nutricionista o doctor.

“No, señorita, eso no le digo, porque a ella (el personal de salud) no le gusta que los niños coman tan pequeños, pero el niño se antojaba y yo le daba, claro cosas suaves, como lo he hecho con mis otros hijos”

Madre – Historias de vida

Si bien no se observaron durante el estudio situaciones en las que se haya podido registrar al personal de salud enojado con el paciente, sí se pudo presenciar el enojo de una médica, quien al ignorar que dicha consejería iba a ser parte del estudio ingresa al consultorio de atención CRED, acompañada de una madre con un niño de 9 meses. Le informa al licenciado en enfermería el estado nutricional de niño y le solicita atenderlos:

“La madre ha sido muy irresponsable, yo ya le dije que tiene que venir a sus controles, el niño no está subiendo de peso, porque ella le sigue dando de lactar y no le da de comer, porque le es más fácil. Mira (se dirige a la madre), te van a dar indicaciones y las vas cumplir, los folletos que te dan no son solo para que mires las figuritas, sino para que leas acerca de cómo darle de comer a tu niño. Aquí vas a venir todas las semanas hasta que ese niño suba de peso. Porque el maltrato infantil, no solo es pegar, golpear al niño, lo que tú le estás haciendo también es maltrato infantil.”

Consejería nutricional - Observación

Emociones que presenta el personal de salud durante la consejería nutricional que puedan generar apertura a la comunicación:

Si bien se presentan estados de ánimo poco favorables, también ocurre que se han observado situaciones en las cuales la empatía ha predominado. Hemos sido testigos durante el proceso de recolección de datos, de momentos en los cuales el personal de salud ha demostrado sumo interés en conocer a su paciente, en entender su situación y en tratar de ayudarlo; es así como en uno de los casos ha hecho las veces de un amigo, dando consejos de salud y acompañarlos con consejos de vida:

“ (en una situación problemática para la paciente) ... Nos podemos caer pero está en nosotros levantarnos. Siempre mirando hacia adelante. Ahora te toca luchar por sacar adelante a tu hijito. Nuestro compromiso ahora es sacarlo de acá, de estos indicadores... (niño con bajo peso y baja talla)”

Enfermera - Observación

Prejuicios del personal de salud que limitan la comunicación

Los prejuicios observados estuvieron en función a la carencia de educación de la madre, es decir, se observó que se juzga a las madres analfabetas como personas que no van a entender los mensajes nutricionales que les brinde. Esto pudo denotarse en una entrevista de historias de vida al personal de salud, quien afirmó:

“Es difícil, a veces uno les explica cómo debe de ser la alimentación del niño, y no lo cumplen. Pues muchas madres son analfabetas.”

Enfermera – Historias de vida

Barreras ideológicas del personal de salud

En el estudio no se observó la expresión de algún componente cultural o ideológico del personal de salud que pudiera intervenir en el desarrollo de la consejería nutricional.

TABLA N° 12: BARRERAS COMUNICACIONALES DE TIPO PERSONALES EN EL PERSONAL DE SALUD DE LAS CONSEJERÍAS EVALUADAS EN LA RED DE SALUD DE VENTANILLA. 2013

| TIPO DE BARRERA | CATEGORÍAS | PERSONAL DE SALUD | MADRES Y/O CUIDADORAS | OBSERVADOR |
|----------------------------|--|--|--|---|
| BARRERAS PERSONALES | BARRERAS FISIOLÓGICAS Barrera identificada con más frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> Cansancio | <p><i>"Bueno sí, si lo he sentido. Somos humanos. Algunas veces, sobre todo en las últimas consejerías estoy agotada".</i></p> <p>Personal de Salud</p> | <p><i>"No puedo decir si están cansadas, pero a veces no te prestan mucha atención"</i></p> <p>Madre</p> | <p><i>En algunos casos el personal de salud al llegar el final del día termina con la voz afónica.</i></p> |
| | BARRERAS PSICOLÓGICAS Barrera identificada con más frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> Descortesía, Poca empatía Prejuicio. | <p><i>"Es difícil, a veces uno les explica cómo debe de ser la alimentación del niño, y no lo cumplen. Pues muchas madres son analfabetas."</i></p> <p>Personal de Salud</p> | <p><i>"A veces a las enfermeras no se les puede contar todo pues se molestan cuando uno le da algo que no debe darle al niño"</i></p> <p>Madre</p> | <p><i>Escasa presencia del saludo o bienvenida y en muchos casos se recibe al paciente escribiendo en la historia, llenando formatos, sin un contacto visual.</i></p> |

4.5.2 BARRERAS PERSONALES DE LAS MADRES

Al igual que en el personal de salud, también se estudió este tipo de barreras relacionadas con características propias de la persona, en este caso individualmente a cada madre, para obtener algún patrón común en el comportamiento.

- Barreras fisiológicas de las madres

Con respecto al tema de la fisonomía de los órganos que permiten la comunicación interpersonal como en el momento de la consejería, no se observaron resaltantes impedimentos que dificulten la comunicación. En todo el grupo estudiado no se presentó ningún problema de hipoacusia. Más sí se pudo observar una tendencia de bajo volumen de voz, sobre todo al momento de dirigirse al personal de salud.

Las madres suelen considerar que durante la consulta no se debe de hacer mucho ruido, pues el personal de salud, tienen que concentrarse. Algunas añaden que “Hay que guardar silencio, para que te atiendan mejor”.

También se ha observado que en algunos casos las madres se encuentran cansadas al momento de ser atendidas, y su capacidad para prestar atención a los mensajes se ve menoscabada en algunos casos. Esto se ha observado sobre todo en los centros de salud en los cuales para obtener un cupo, tienen que hacer cola desde las 4 am, entonces al momento de la atención que puede ser a las 11 am, las madres ya no están con un nivel de atención del cien por ciento. Esto se revela en una entrevista, cuando a la madre se le pregunta cuáles fueron las indicaciones que le dieron sobre la alimentación de su niño, a lo que responde:

“Bueno yo le he dicho que me diga qué es lo que le puedo dar (de comer). Y me ha dicho...(momento de silencio), señorita discúlpeme, no me acuerdo, estoy distraída, como estoy desde la mañana”.

Madre – Entrevista a profundidad

- Barreras Psicológicas de las madres

Una condición psicológica observada en las madres que van a ser atendidas en el servicio de CRED es la prioridad por el servicio que desean recibir. Respecto a la motivación de las madres por asistir a los controles donde se brindan las consejerías nutricionales, la mayoría manifestó que la principal razón por las que ellas acuden es

para recibir la vacuna correspondiente al periodo de vida de su niño. Ninguna mencionó la consejería en nutrición.

“Hoy he venido a que lo atiendan a mi niño para que le pongan su vacuna”.

Madre - Entrevista a profundidad

“Me enviaron al consultorio CRED para que le den el refuerzo de la vacuna de la influenza”

Madre - Entrevista a profundidad

Actitudes que pueden limitar la comunicación en el desarrollo de la consejería:

Se ha podido observar que una actitud de las madres mientras le brindan la consejería en nutrición, es el estar calladas y se presenta una situación de poca participación por parte de ellas. En muchos casos las madres se han limitado a asentir con la cabeza cuando les dan las indicaciones.

“En algunos casos no estoy segura si me han comprendido bien, y si realmente van a cumplir lo que les digo, pues me asienten todo lo que les voy aconsejando. Y al mes siguiente encuentro que no han hecho nada, pues el niño no mejora, no sube de peso”.

Enfermera – Historia de vida

Algunas madres que no aceptan más consejos y que se mantienen calladas señalan lo siguiente:

“Bueno siempre dicen lo mismo, en todos los lugares en lo que les he hecho atender a mi hijos me han dicho que así le tengo que dar de comer”.

Madre – Historia de vida

Actitudes que generan apertura en el diálogo y comunicación durante la consejería:

En aquellas consejerías donde se observó un diálogo más fluido entre personal de salud y la madre, una de las características de esta última fue la amabilidad, demostrándose desde el saludo cordial hasta la preocupación por la enfermera:

“Señorita, ¿cuándo ya toma su licencia? Ya está grande su barriga (enfermera embarazada)”

Madre- Observación

Otra característica respectiva a estas consejerías fue la paciencia de las madres, y que en general se observó en la mayoría del grupo de estudio.

“Si bien, están apuradas, y tienen quehaceres pendientes en el hogar, lo bueno es que son pacientes al esperar su turno. Y eso que algunas vienen desde muy temprano”

Enfermera – Entrevista a profundidad

Emociones que presenta la madre durante la consejería nutricional que puedan limitar la comunicación:

Se pudo observar que, en la mayoría de casos, las madres sienten poca confianza hacia el personal de salud, y su comportamiento refleja el temor de ser regañado o de ser tratado mal. Y aunque nadie manifiesta que lo hayan tratado mal en el centro de salud en el que está siendo atendido, si han manifestado anteriores malos tratos por el personal de salud en algún otro lugar:

“Acá me tratan bien, pero en otros lugares hay enfermeras que no están de buen humor, y te atienden rápido, te gritan si no has cumplido. Y si vas de tiempo, también te hacen sentir mal. Eso me pasó antes con mi primer hijo, como yo era primeriza, no sabía y no tenía quién me oriente, y recién había venido a Lima.”

Madre – Historia de vida

En otros testimonios, las madres no son explícitas sobre en qué lugares son donde les tratan mal, pero dejan entredicho que en cierto lugar le brindan un buen trato:

“En el Hospital de Ventanilla, había una doctora, que era de “niño sano” (Control de niño sano), y ella si me explicaba todo bien, sin molestarse, si tú no entendías te lo volvía a explicar. Le preguntaba y paso a paso me explicaba, sin molestarse. A esa

edad todavía no comía, y ella me explicaba cómo le debo dar la leche, cada cuanto tiempo todo, ella me hubiera explicado mejor que alimentos debe comer.”

Madre – Historia de vida

- Barreras ideológicas de las madres

Se observaron algunos componentes culturales propios de las madres, conocimientos arraigados y que cuentan con un respaldo en el que confían por un tema de relación afectivo emocional, hablamos de madres, suegras, ambas abuelas de los niños que brindan sus conocimientos de crianza del menor, transmitiéndolo a la madre, estos consejos al provenir de una fuente de la cual la madre está segura que desea el bienestar de su menor, lo aceptan e interiorizan como cierto. El problema radica cuando estos consejos no son del todo acertados con las recomendaciones nutricionales, influyendo negativamente en el tiempo de inicio de la alimentación, el tiempo de duración de la lactancia, el uso de infusiones a muy corta edad del menor y otros alimentos.

“Por ejemplo hay mamás que todavía piensan, y por influencia más que todo de la abuela, que ella ha criado a sus hijos dándole comida a partir de los dos meses, entonces a partir de los dos meses ya le puede dar de comer. Y así hay mamás que vienen, y a partir de los dos meses ya le puede dar de todo y no excluye ni el pescado, no ella le da nada más. Estas costumbres son más de la selva, pero acá hay un buen grupo que viene de allá”

Enfermera – Entrevista a profundidad

TABLA N° 13: BARRERAS COMUNICACIONALES DE TIPO PERSONALES EN LAS MADRES DE LAS CONSEJERÍAS EVALUADAS EN LA RED DE SALUD DE VENTANILLA. 2013

| TIPO DE BARRERA | CATEGORÍAS | PERSONAL DE SALUD | MADRES Y/O CUIDADORAS | OBSERVADOR |
|----------------------------|---|---|---|--|
| BARRERAS PERSONALES | BARRERAS FISIOLÓGICAS Barrera identificada con más frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> Bajo volumen de voz | <p>“Las madres a veces no participan, se quedan calladas, no preguntan. Otras te hablan despacito”.</p> <p>Personal de salud</p> | <p>“Hay que guardar silencio, para que te atiendan mejor”.</p> <p>Madre</p> | Existe poca intervención de las madres durante la consejería. |
| | BARRERAS PSICOLÓGICAS Barrera identificada con más frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> Temor | <p>“En algunos casos no estoy segura si me han comprendido bien, y si realmente van a cumplir lo que les digo, pues me asienten todo lo que les voy aconsejando. Y al mes siguiente encuentro que no han hecho nada, pues el niño no mejora, no sube de peso”.</p> <p>Personal de salud</p> | <p>“Acá me tratan bien, pero en otros lugares hay enfermeras que no están de buen humor, y te atienden rápido, te gritan si no has cumplido”.</p> <p>Madre</p> | Las pacientes preguntan poco, nunca contradicen al personal de salud, son algo temerosas en su actuar. |
| | BARRERAS IDEOLÓGICAS Barrera identificada con más frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> Creencias nutricionales que son discordantes del conocimiento científico | <p>“Hay mamás que vienen, y a partir de los dos meses ya le puede dar de todo y no excluye ni el pescado. Estas costumbres son más de la selva, pero acá hay un buen grupo que viene de allá”.</p> <p>Personal de salud</p> | <p>“Las enfermeras te dicen que solo le des pecho, pero hay que complementarle con otras leches, y aunque ellas recomiendan las de marca, con leche en polvo yo he criado a mis otros hijos”</p> <p>Madre</p> | Durante la consejería no se toca el tema de costumbres, ni se indaga cómo se realiza la alimentación del niño, ni qué piensa que es correcto la madre en temas de nutrición. |

V. DISCUSIÓN

La presencia de barreras comunicacionales dentro de la consejería nutricional fueron originadas por diferentes factores, tanto personales, como lingüísticos y ambientales. Figueroa-Saavedra señala que toda esta diversidad de factores que generaron las barreras comunicacionales afectan a aspectos básicos de la atención en salud, complicando los procesos desde el conocimiento de la situación personal y familiar, la comunicación de un diagnóstico o el cumplimiento de un tratamiento.⁴⁹

Mucho se ha escrito, en el ámbito de la comunidad científica en salud, sobre la importancia de brindar una atención en el control de crecimiento y desarrollo del niño sano durante sus primeras etapas de vida, y nadie discute lo fundamental de esta labor. Se han logrado grandes avances en el sistema de salud peruano, el cual a pesar de sus falencias viene haciendo cada vez más accesible a las madres el asistir al centro de salud para que su niño reciba los controles necesarios. Es evidente la promoción a través de diferentes medios, programas sociales (JUNTOS) y estrategias nacionales (Plan Articulado Nutricional), las cuales fomentan la asistencia mensual los primeros 2 años de vida.

Sin embargo, los resultados de esta investigación invitan a mirar hacia el cómo se viene ofreciendo este servicio. Porque la necesidad de que se brinde esta atención ya ha sido creada e interiorizada en la población, cabe ahora con este estudio evidenciar que tan complejo puede ser el dar y recibir los mensajes en salud que se desean transmitir durante dicha actividad.

Es así que a lo largo del estudio se observaron las expresiones de las diversas barreras comunicacionales presentadas durante la consejería nutricional.

Se pudo corroborar la presencia de constantes interrupciones durante el desarrollo de la consejería nutricional como una de las barreras comunicacionales físicas más frecuentes. Esto es preocupante, ya que debido a diversos estudios las interrupciones en la consulta pueden interferir en la relación personal de salud - paciente así como demorar la consulta del resto de pacientes, por lo que resulta necesario analizarlas y elaborar estrategias para minimizarlas. Persiva B., et.al. (2013) registra un número elevado de interrupciones al día, mayoritariamente presenciales, y la mitad de ellas son realizadas por personal de salud de la institución, lo que lleva a plantear una mejora en el funcionamiento de las unidades básicas asistenciales. Los motivos más frecuentes de la interrupción son dudas clínicas y problemas organizativos, lo cual podría mejorarse mediante protocolos de actuación. Otro menor porcentaje de

interrupciones es debido a problemas burocráticos y en el material de consulta, pudiendo tomarse también medidas para reducirlas. Solo un mínimo porcentaje de las interrupciones se deben a urgencias médicas.⁵⁰ Según Hernández-Moreno A. (2011), las interrupciones en la consulta pueden ocasionar la distorsión del mensaje entre personal de salud y paciente, y perjudicar la relación confidencial entre ambos, por lo que su presencia constituye una característica perturbadora y no conveniente para lograr el objetivo de educar a la madre en salud.⁵¹

Se pudo apreciar que el medio para la transmisión de los consejos fue en su mayoría de forma oral, sin apoyo de un material físico, esto generó una situación en la cual el receptor es susceptible a olvidarlos. Estudios señalan que el medio utilizado muchas veces guarda relación con el alcance y el impacto, Vela (2007) afirma que uno de los principios para que su intervención mediante consejerías tuviera efecto en la población fue el ayudar a que el usuario recuerde lo mencionado mediante algún tipo de material educativo que pueda llevar consigo luego de la sesión.⁵²

Con relación a los materiales que se observaron en el estudio, si bien contaban con una producción creativa, el contenido muchas veces no iba acorde con los lineamientos de la alimentación infantil establecido por el MINSA, mucho más minuciosa. Y por otro lado cuando los mensajes se entregan mediante un material educativo, lo recomendable es que estos difundan el mensaje de manera clara.⁵³ Según Salazar A. et. Al. (2012) lo recomendable para emitir un material educativo es que estos sean sometidos a un proceso de validación que demuestre que son apropiados y efectivos en la trasmisión de información, faciliten el proceso enseñanza-aprendizaje y propicien una comunicación horizontal entre el investigador y la población blanco.⁵⁴ Sin embargo, se observó que en nuestra población de estudio esto tuvo sus debilidades, pues la información brindada en el material educativo contaba con algunos desaciertos que pueden confundir a las usuarias y restar credibilidad al personal de salud que lo otorga.

Otra barrera presente durante el proceso de comunicación fue la utilización de tecnicismos por parte del personal de salud al presentar el diagnóstico nutricional con términos poco cercanos al entendimiento de las madres lo que trae consigo el bajo cumplimiento de las recomendaciones otorgadas en la consejería nutricional. En un estudio de Requena S. (2014), donde se estudiaron los testimonios de personas afectadas por una enfermedad, se observó que en la mayoría de los testimonios señalan que la información brindada por parte del especialista no se recuerda como buena, debido a que todos tienden a emplear tecnicismos y una terminología que

queda muy lejos del entendimiento de nuestros participantes. El estudio afirma que el proceso de comunicación del diagnóstico es muy importante ya que la decisión de iniciar el tratamiento por parte del paciente puede depender justamente de cómo ese proceso se haya producido.⁵⁵

En relación a las barreras personales tenemos que la información por sí misma no es suficiente para explicar lo que le está sucediendo al paciente, pues elementos personales —tanto del médico como del paciente— serán imprescindibles para llevar a la práctica la comunicación. Toda interacción comunicativa conlleva una constante valoración de la intención verbal del hablante hacia el oyente para evaluar el efecto de lo que se está diciendo. Penélope Brown y Stephen Levinson, instituyen un conjunto de estrategias de cortesía cuya intención es preservar las formas socialmente aceptadas de manifestación de nuestras emociones. Ellos señalan que para lograr la cortesía lingüística y la confianza del paciente es necesario que el médico se dirija a su interlocutor con términos apropiados, tacto y empatía.⁵⁶

En nuestro estudio, se observó la poca frecuencia de contacto visual, saludos poco afectivos y emociones con tendencia al enojo por parte del personal de salud durante las consejerías. Según Guevara R. (2007), esta una característica que no debería estar presente, menos aún en una consulta del índole pediátrico, ya que la consulta pediátrica es un acto afectivo, pues suscita emociones: ternura, simpatía, acercamiento, etc. El profesional de salud que trabaje con niños no debe perder la sensibilidad humana, es decir, la preocupación por la dolencia o la suerte del niño o el temor y la angustia de los padres. La emoción es un canal que puede posibilitar una mejor y más amplia apertura de la razón. En cierta forma la consulta pediátrica puede aparecer como un acto ritual, en el que se genera una confianza total (casi mágica) en el personal de salud. De un lado puede haber una entrega incondicional de ésta al médico, y de otro debe haber una acogida generosa y benévola. Pero el pediatra no debe defraudar la confianza que el paciente o sus padres han depositado en él.⁵⁷

Diagnosticar y entender el estado psicológico del paciente es solo un aspecto de la empatía. Otro atributo importante es que el médico debe sintonizarse con el estado afectivo momentáneo del paciente, lo que puede ayudar a la calidad terapéutica. La empatía no es, por lo tanto, un sentimiento, sino una actitud que brota del esfuerzo por tratar de entender la posición del paciente durante la relación asistencial, como afirma Borrell.

Otro aspecto trascendental para la consulta médica es la comunicación fática, como Coupland y Valero Garcés han demostrado en sus investigaciones. Esta comunicación fática o "lengua de contacto", como se prefiere llamar en la pragmática española, es lo que se conoce en inglés como smalltalk y se da en situaciones de atención al público. En el ámbito de la consulta médica el uso de los enlaces coloquiales (entonces, pues, en consecuencia, etc.) y de los estimulantes conversacionales (vamos a ver, fíjate, mira, etc.) facilita el desarrollo interpersonal y tiene la función de establecer la confianza entre médico y paciente.

Un aspecto a resaltar es respecto al comportamiento de las madres durante la consejería. El estudio señala un temor expresado en una poca participación por parte de las madres durante la consejería nutricional, dado que existe el antecedente o el recuerdo colectivo de un maltrato por parte del personal de salud si es que ellas no están haciendo bien las cosas. Además de ello, se puede adicionar que debido a que las madres se autoperciben con bajo nivel educativo, no adoptan posiciones críticas en los intercambios con los profesionales, salvo que su experiencia lo legitime, esto según un estudio de Scavino C. (2008), quien señala que las madres se cohiben de expresarse frente a un profesional de la salud, sin embargo indica que un buen profesional es aquel capaz de entablar un vínculo afectivo y personalizado con ella y sus hijos/as, así como hacerse entender y dejarlas tranquilas frente a las preguntas que le formulen.⁵⁸

En relación al componente cultural, se observó que hay muchos conceptos culturales que las madres traen consigo pero que no son tomados en cuenta durante la consejería nutricional. Hay que resaltar que las madres que procedían del interior del Perú, de alguna localidad diferente a Lima, correspondía al 61% de la muestra, cantidad que contrasta con nuestros antecedentes que señalan que la población del distrito que es producto de la migración es solo del 38.6%. Si bien, las razones por las que no se haya observado esta proporcionalidad en nuestra muestra es por muchos motivos, cabe pensar que los usuarios del centro de salud al ser procedentes de diversos lugares trae consigo también diversas costumbres y conocimientos propios de la cultura megadiversa que contamos como país y que merece ser tomada en cuenta.

VI. CONCLUSIONES

Las barreras comunicacionales durante la consejería nutricional están presentes en el ambiente donde se realizan, en el personal de salud que la realiza y en las madres que la reciben. Se obtuvo que la mayoría de veces se presentan en el ambiente y en el personal de salud; y en las madres no es tan común.

Las barreras comunicacionales físicas estaban influenciadas por factores ambientales y del entorno. Fueron las más frecuentes las interrupciones, perturbaciones y ausencia de material educativo. Todas estas barreras son subsanables, y la responsabilidad recae sobre los órganos de gestión de las instituciones.

Las barreras comunicacionales semánticas que se presentaron en mayor medida fueron los tecnicismos, ambigüedades y desaciertos en el mensaje. Este tipo de barreras se observaron más en el personal de salud, dado que es él quien otorga el mensaje durante el diálogo en la consejería nutricional.

Las barreras comunicacionales personales se manifestaron en el espacio fisiológico (cansancio del personal de salud, bajo volumen de voz de las madres), en el aspecto psicológico (descortesía y poca empatía del personal de salud; prejuicios y temor de las madres), y en el aspecto ideológico (creencias nutricionales opuestas al conocimiento científico). De estos tres aspectos de las barreras personales son las de tipo psicológico e ideológico las que estuvieron más presentes en el estudio.

VII. RECOMENDACIONES

- Las barreras comunicacionales identificadas en las consejerías nutricionales estudiadas podrían superarse con una mejora en el sistema de atención CRED vigente. Una de las sugerencias que podría ser tomada en cuenta a nivel de la dirección regional de salud, es que la consejería nutricional sea brindada por un nutricionista, que sea parte de la atención CRED, teniendo como requisito el pasar por el consultorio de nutrición para completar el circuito. Para ello sería necesario que así como se ha designado personal de enfermería exclusivo para la atención CRED, también se cuente con un nutricionista solo para ese servicio y en cada uno de los centros de salud.
- A nivel de los centros de salud sería importante sensibilizar sobre la importancia de un plan para disminuir las interrupciones durante las consultas. Esto dirigido tanto a los mismos trabajadores del centro de salud como a los usuarios.
- A la comunidad científica se recomienda seguir investigando más aspectos de las consejerías nutricionales a fin de descubrir efectividad, relaciones y factores causales que pueden hacer que ésta se desarrolle de manera más adecuada. Se recomienda que esta investigación pueda servir de punto inicial para elaborar investigaciones con otros diseños metodológicos que permitan generalizar resultados a niveles más amplios.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Desarrollo e Inclusión. Mapa de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria. Lima: MIDIS – DGSYE; 2012.
2. Red de Salud de Ventanilla. Análisis situacional de Salud de Ventanilla. Callao: DIRESA; 2011.
3. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid programme. Washington (DC): The Institute; 1992.
4. World Health Organization. Iron deficiency anaemia assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva; 2001
5. Engle P, Black M, Behrman J, Cabral M, Gertler P, Kapiriri L, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*. 2007; 369: 229–242
6. Secretaría de Salud. Programa de salud y nutrición para los pueblos indígenas. Manual de nutrición y orientación alimentaria para auxiliares de salud. México: 2006.
7. Creed-Kanashiro H, Robert R, Gittelsohn J, Penny M, Caulfield L, Narro M, Black R. Process evaluation determines the pathway of success for a health center – delivered, nutrition education intervention for infants in Trujillo, Perú. *J. Nutr*. 2006; 136 (3): 634-641.
8. Tardáguila M, Mendez C, Torres J, Mendez T, Benito B, López F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones en las urgencias de atención primaria. *RevClinMedFam* 2008; 2(4): 145 -148.
9. Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. [tesis doctoral]. Madrid (España). Universidad de Cantabria. 2010.
10. Rubín de Celis E, Pecho I, Sureiman C. Representaciones y significados de la salud infantil en el Perú. *Miradas Cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*. IRD-IFEA-Plural editores. Bolivia. 2003; 142-143.
11. Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI). Perfil Sociodemográfico de la provincia constitucional del Callao. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perú: INEI; 2008.
12. Ríos I. Influencias del lenguaje y origen de un lector en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención

- hacia la realización de una conducta preventiva. [tesis doctoral]. Cuenca (Ecuador). Universitat Pompeu Fabra. 2011.
13. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23° edición. Madrid: 2014.
 14. VanRijssen J, Schellart A, Anema J, Van der Beek A. A theoretical framework to describe communication processes during medical disability assessment interviews. *PublicHealth* 2009; 9: 375-382
 15. Berlo, D. El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y la práctica. 2ª edición. Ateneo. Buenos Aires: 1969.
 16. Pasquali, A. Comprender la comunicación. 4ª edición. Monte Avila Latinoamericana. Caracas: 1990.
 17. Duffy F, Gordon G, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. Evaluación de competencias en comunicación y habilidades interpersonales: El informe de Kalamazoo II. *Acad Med* 2004; 79:495-507.
 18. Oliveira M, Fenili R, Zampieri M, Martins C. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Rev Enf Glob* 2006; 8: 1-7.
 19. González R. La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días en bioética desde una perspectiva cubana. 3ª edición. Publicaciones Acuario. La Habana: 2007; 344 - 345.
 20. Lorente J, Jiménez M. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan* 2009; 13 (1):
 21. Hernández I, Fernández M, Irigoyen A, Hernández M. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; 8(2): 137-143.
 22. DiMatteo M. The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med*. 1998; 168(5):328-333
 23. Berger J, Blatt B, McGrath B, Greenberg L, Berrigan M. Relationship Express: A Pilot Program to Teach Anesthesiology Residents Communication Skills. *J Grad Med Educ*. 2010; 2 (4): 600-603.
 24. Dubé C, O'Donnell J, Novack D. Communication skills for preventive interventions. *Academic Medicine* 2000; 75 (7):45-54.
 25. Canovaca A. Perfil comunicacional del médico de atención primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario. [tesis doctoral]. Córdoba (España). Universidad de Córdoba. 2006.

26. Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. [tesis doctoral]. Madrid (España). Universidad de Cantabria. 2010.
27. Casasbuenas L. La entrevista médico-paciente: perspectiva de análisis pragmático-discursivo. [tesis doctoral]. Barcelona (España). Universidad de Autónoma de Barcelona. 2007.
28. Organización Panamericana de la Salud. Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. 2005.184 p.
29. Romo M. Consejería Nutricional, nuevas estrategias para abordar cambio de conducta. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Pediatría. Unidad de Nutrición de Chile; 2006.
30. Castillo C Álvaro, Kain B Juliana. Consejería en vida sana y cambio de conductas en escolares obesos: intervención controlada en madres/cuidadoras. Rev. chil. nutr. 2010; 37(2): 155-163.
31. González F, Cerda R, Robledo J, Valdovinos S, Vargas J, Said S. La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva. Estudio hospitalario de casos y controles no pareados. GacMedMex 2005; 141(2): 99-103
32. Aguirre M. Diseño de procedimientos para mejorar la calidad de consejería en alimentación complementaria en post-consulta del centro de salud N°1 de Azoguez en el año 2011. [tesis maestría]. Cuenca (Ecuador). Universidad Católica de Loja. 2011.
33. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
34. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Pautas básicas para la consejería en Alimentación Infantil. Lima: 2001.
35. Ministerio de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materno-infantil. Lima: MINSA/CENAN; 2010.
36. Bassichetto A, Ferreira M. Asesoramiento de la alimentación infantil: un estudio de intervención. J Pediatr 2008; 84(1):
37. OPS/OMS. Principios de Orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. OPS/OMS. Washintong D.C. 2003

38. Madeeruelo J. Hernandez I, Gonzalez M, Velazquez I. Necesidades de información de los usuarios de atención primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. *Gac San.* 2009; 23(5):365-372.
39. Santos I., Victora C., Martines J., Goncalves H., Gigante D., Valle N., Pelto G. Nutrition Counseling Increases Weight Gain among Brazilian Children. *J. Nutr.* 2001; 131 (11): 2866-73.
40. Vitolo M., Rauber F., Campagnolo P., Feldens C., Hoffman D. Maternal Dietary Counseling in the First Year of Life Is Associated with a Higher Healthy Eating Index in Childhood. *J. Nutr.* 2010; 140(11): 202-207.
41. Almarales B. Barreras que afectan a la comunicación médico-paciente. *Rev Aten Prim* 2002; 10 (37): 17 - 24.
42. Khan T, Hassali M, Al-Haddad M. Patient-physician communication barrier: A pilot study evaluating patient experiences. *J Young Pharmacists* 2011; 3:250-255.
43. Muñoz E, et al. Barreras en la comunicación en la relación tecnólogo-paciente en el contexto profesional. *La Habana: Ciencias Médicas*; 2006: 178-183.
44. Hernández S, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4.a ed. México: McGraw-Hill Interamericana editores; 2006
45. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. 3. a. ed. Madrid: Ed. Síntesis Sociológica; 2003.
46. González F. Instrumentos de evaluación psicológica. 1.a ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
47. Yañez R., Ahumada H., Rivas E. La técnica de viñeta y su aplicación en investigaciones en enfermería. *Cienc. enferm.* 2012;18(3): 9-15.
48. Tójar J. Investigación Cualitativa. Aprender y actuar. 1.a ed. Madrid: La Muralla; 2006.
49. Figueroa-Saavedra M. Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Comunicación y Sociedad.* 2009; 12: 149-175.
50. Persiva B, Monedero M., Batalla M., Gómez B., Jiménez M., Herrera M. Características de las interrupciones realizadas en consultas médicas de un centro de salud. *Clinic. Fam.* 2013.
51. Hernández-Moreno A., et.al. Interrupciones por llamadas telefónicas en la consulta del médico de familia en dos centros de salud de Zaragoza

52. Vela C. Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla. [tesis]. Lima (Perú). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007.
53. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Suiza. 2010.
54. Salazar A., Shamah T., Escalante E., Jiménez A. Validación de material educativo: estrategia sobre alimentación y actividad física en escuelas mexicanas. *Rev Esp Comun Salud*. 2012;3(2): 96-109.
55. Requena S. et.al. Cómo recuerdan los pacientes la comunicación del diagnóstico. *Cultura, lenguaje y representación*. 2014; 8: 165-184.
56. Castañeda M.. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *Rev. cuba. inf. cienc. Salud*. 2013; 24(3): 343-353.
57. Gamaniel R. La consulta pediátrica: reflexiones en torno a un ideal. *Pediátrica*. 2009; 9 (2).
58. Scavino C. Aprendizaje y formas de participación: la consulta de control de niño sano como sistema de actividad. *Anuario de investigaciones UBA*. 2008; 15:151-158.

ANEXOS

ANEXO N°1

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

H.R.
007989



DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"



14 MAY 2013

OFICIO N° 1813

2013-DG/ DIRESA CALLAO/COM. ETIC. INV.

Señorita
Rosa Inés Vásquez Hidalgo
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Mayor De San Marcos
Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente aprobar la ejecución del trabajo de investigación "Barreras comunicacionales en la consejería nutricional brindada por el personal de salud a madres y cuidadoras de niños menores de cinco años de los establecimientos de salud de Ventanilla 2013".

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

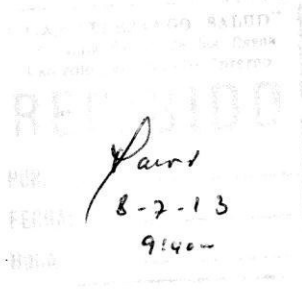
Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director General
C.M.P. 12555

RALM/ENA/HOAD/



ANEXO N°2



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
Escuela Académico Profesional de Nutrición

CONSENTIMIENTO INFORMADO – PERSONAL DE SALUD

“Barreras comunicacionales en la consejería nutricional brindada por el personal de salud a madres de niños menores de 5 años. 2013”

Investigadora: Rosa Inés Vásquez Hidalgo

Propósito: Queremos conocer aspectos de la comunicación en la consejería nutricional que puedan influir en la transmisión de los mensajes que en ella se brinden.

Participación: Solicitamos su permiso para realizar una videograbación de la consejería nutricional que usted brinda en el centro del salud a madres de niños menores de cinco años . Además al terminar le realizaremos una encuesta que no demandará mucho tiempo.

Riesgos del estudio: Este estudio no representa ningún riesgo para usted, ni para su condición laboral. Para su participación sólo es necesaria su autorización

Beneficios del estudio: Es importante señalar que con su autorización usted contribuyen a mejorar los conocimientos acerca de la consejería nutricional. Para que a futuro se pueda mejorar el sistema de atención.

Costo de la participación: La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

Confidencialidad: Le garantizamos que la información es confidencial. Esto significa que sólo nosotros conoceremos sus resultados. Los videos no se publicarán y serán solo de uso interno.

Requisitos de participación: Firmar el consentimiento, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo si usted no desea participar en el estudio puede retirarse con toda libertad sin que esto signifique algún perjuicio para usted.

Donde conseguir información: Consultas, quejas o comentarios, comunicarse con la investigadora responsable: Rosa Inés Vásquez Hidalgo (Cel. 945 166 283)

Declaración voluntaria

He sido informado del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado de la forma de cómo se realizara el estudio y de cómo se tomaran las mediciones. Estoy enterado también que puedo dejar de participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, sin que esto represente alguna consecuencia negativa para mí.

Por lo cual ACEPTO voluntariamente participar en la investigación:

Nombre del participante: _____

Firma _____ Fecha: ____/____/2013

Establecimiento de salud: _____

Celular: _____

ANEXO N°3



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
Escuela Académico Profesional de Nutrición

CONSENTIMIENTO INFORMADO – MADRES

“Barreras comunicacionales en la consejería nutricional brindada por el personal de salud a madres de niños menores de 5 años. 2013”

Investigadora: Rosa Inés Vásquez Hidalgo

Propósito: Queremos conocer aspectos de la comunicación en la consejería nutricional que puedan influir en la transmisión de los mensajes que en ella se brinden.

Participación: Solicitamos su permiso para realizar una videograbación de la consejería nutricional que usted recibe en el centro del salud a madres de niños menores de cinco años . Además al terminar le realizaremos una encuesta que no demandará mucho tiempo.

Riesgos del estudio: Este estudio no representa ningún riesgo para usted, ni para su condición laboral. Para su participación sólo es necesaria su autorización

Beneficios del estudio: Es importante señalar que con su autorización usted contribuyen a mejorar los conocimientos acerca de la consejería nutricional. Para que a futuro se pueda mejorar el sistema de atención.

Costo de la participación: La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

Confidencialidad: Le garantizamos que la información es confidencial. Esto significa que sólo nosotros conoceremos sus resultados. Los videos no se publicarán y serán solo de uso interno.

Requisitos de participación: Firmar el consentimiento, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo si usted no desea participar en el estudio puede retirarse con toda libertad sin que esto signifique algún perjuicio para usted.

Donde conseguir información: Consultas, quejas o comentarios, comunicarse con la investigadora responsable: Rosa Inés Vásquez Hidalgo (Cel. 945 166 283)

Declaración voluntaria

He sido informado del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado de la forma de cómo se realizara el estudio y de cómo se tomaran las mediciones. Estoy enterado también que puedo dejar de participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, sin que esto represente alguna consecuencia negativa para mí.

Por lo cual ACEPTO voluntariamente participar en la investigación:

Nombre del participante: _____

Firma _____ Fecha: ____/____/2013

Establecimiento de salud: _____

Celular: _____

ANEXO N°4



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
EAP NUTRICIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LAS BARRERAS COMUNICACIONALES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

INSTRUCCIONES: El observador estará presente durante todo el proceso de la consejería nutricional a evaluar. Anotará en los recuadros todas los detalles respecto al tema que se señale a observar.

CODIGO DE FICHA:

| | | | | |
|--|--|----------------------|--|--|
| | | | | |
| EE.SS. | | SESION DE CONSEJERIA | | |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> | | | | |

FECHA:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> | | | | |
|--|--|--|--|--|

I. DATOS GENERALES

| | | | |
|--|--------|----------------------|------------|
| DIRESA : | Callao | RED DE SALUD: | Ventanilla |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: | | | |
| TIEMPO DE DURACIÓN DE LA CONSEJERÍA | | | |

II. BARRERAS COMUNICACIONALES EN LA CONSEJERIA NUTRICIONAL

Realizar las anotaciones en los espacios en blanco respecto a la pregunta señalada

| A. BARRERAS FÍSICAS | |
|--|--|
| 1.- Con respecto al lugar donde se realiza la consejería nutricional describir a continuación | |
| ¿Cómo es la iluminación ? | |
| ¿Cómo es el tamaño del ambiente? | |
| ¿Cómo es la ventilación del ambiente? | |
| ¿Cómo es el color del ambiente? | |
| ¿Cómo es el mobiliario del ambiente? | |
| ¿Cómo es la ambientación del lugar? | |
| ¿Quiénes estan presentes en el lugar de la consejería nutricional? | |

| | |
|---|--|
| 2.- ¿Cómo son los materiales visuales (rotafolios, laminarios) que utiliza el personal de salud para dar la consejería nutricional? | |
| | |
| 3.- Describir como se entrega las indicaciones nutricionales al usuario | |
| | |
| 4.- Describir si hay ruidos externos que interfieren en la consejería nutricional | |
| | |
| 5.- Describir si se producen interrupciones durante la consejería nutricional | |
| | |
| B. BARRERAS SEMÁNTICAS | |
| 1.- Describir si se observan características que evidencien que el idioma en el que se desarrolla la consejería nutricional es diferente al idioma materno de los interlocutores. | |
| | |
| 2.- Con respecto a la claridad del mensaje brindado en la consejería nutricional describir a continuación: | |
| ¿Qué tecnicismos utilizados en el discurso del personal de salud se pudieron observar? | |
| Describir si en alguno de los mensaes se detectaron palabras ambiguas | |

| | | |
|--|--|--|
| 3.- Describir si en algún mensaje de la consejería nutricional se brinda informacion que no es correcta según las normativas nacionales. | | |
| | | |
| 4- Describir los mensajes en los que se observe que los usuarios expresan alguna duda, mediante un lenguaje no verbal o verbal. | | |
| | | |
| BARRERAS PERSONALES | | |
| 1.- Barreras fisiológicas | ¿Cómo es el tono y volumen de voz del personal de salud ? | ¿Cómo es el tono y volumen de voz del usuario ? |
| | | |
| | El personal de salud manifestó tartamudez en la consejería nutricional. | El usuario manifestó tartamudez en la consejería nutricional. |
| | | |
| | El personal de salud se encontraba afónico | El usuario se econtraba afónico |
| | | |
| | El personal de salud tenia signos de hipoacusia | El usuario tenia signos de hipoacusia |
| | | |
| | | |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| 2.-Barreras psicológicas | Describe el saludo que brinda el personal al recibir al usuario | Describe el saludo que brinda el usuario al ingresar al consultorio |
| | | |
| | Describir los gestos y/o postura corporal del personal de salud que pueden generar apertura al diálogo | Describir los gestos y/o postura corporal del usuario que pueden generar apertura al diálogo |
| | | |
| | ¿Con que actitudes nos demuestran el grado de empatía logrado entre el personal de salud y el usuario durante la consejería nutricional? | |
| | | |
| 3.- Barreras ideológicas | Describe los momentos en los que se observe que el personal de salud permite la libre expresión de las ideas del interlocutor | |
| | | |
| | Describe si se toma en cuenta algo o reprocha el discurso del usuario | |
| | | |
| | Describe si se manifiesta agrado o desagrado frente a las ideas, creencias, costumbres del interlocutor | |
| | | |

ANEXO N°5



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
EAP NUTRICIÓN

GUÍA SEMIESTRUCTURADA DE PREGUNTAS AL PERSONAL DE SALUD

INSTRUCCIONES: El entrevistador formulará las preguntas a manera de conversación. Se anotarán algunos datos resaltantes. La entrevista será grabada con una audiongrabadora.

CODIGO DE FICHA:

| | | | | |
|-----------------------|--|----------------------|--|--|
| | | | | |
| EE.SS. | | SESION DE CONSEJERIA | | |
| FECHA: ____/____/____ | | | | |

FECHA:

| I. DATOS GENERALES | | | |
|---------------------------|--------|---------------|------------|
| DIRESA : | Callao | RED DE SALUD: | Ventanilla |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: | | | |

Saludo al personal de salud:

Buenos días / tardes, a continuación queremos hacerle unas preguntas sobre la consejería nutricional brindada a madres de niños menores de 5 años a fin de poder elaborar consejos que promuevan mejoras en el desempeño de la consejerías

Datos generales del personal de salud:

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Cuál es su edad?
- ¿Cuál es su lugar de nacimiento?
- Si ha nacido en un lugar diferente a Lima: ¿Desde cuándo vive en Lima?
- ¿Cuánto tiempo viene trabajando en el establecimiento de salud?
- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Cuál es el número de consejerías nutricionales que brinda por día?

II. PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA**A. Sobre las barreras físicas en la consejería nutricional**

A continuación las preguntas estarán enfocadas al lugar donde se realizan las consejerías nutricionales

- Si tuviera que describir el lugar donde brinda la consejería nutricional ¿Qué dificultades de dicho ambiente interfieren en que se de una correcta consejería nutricional?
- ¿Se presentan interrupciones mientras esta desarrollando la sesión de consejería nutricional?
- sucede?
- ¿Existe alguna distracción para usted durante la consejería nutricional?
- ¿Existe alguna distracción para la madre durante la consejería nutricional?

B. Sobre las barreras semánticas en las consejerías nutricionales

Respecto a los mensajes que se dan en la consejería nutricional

- ¿En que casos considera que su mensaje sobre nutrición en la consejería nutricional ha sido mejor entendido por la madre?
- ¿Qué dificultades encuentra cuando tiene que explicar la situación nutricional del niño?
- ¿Qué dificultades encuentra cuando tiene que explicar a la madre sobre la alimentación del niño?
- En la consejería de hoy ¿Percibió en la madre algún signo que indique que le ha sido difícil entender algo del mensaje?

C. Sobre las barreras personales en las consejerías nutricionales

Las siguientes preguntas estarán enfocadas en su persona y los usuarios durante la consejería nutricional

- En algún momento del día, ¿percibe usted que su voz ya no le ayuda a seguir con la consejería?
- ¿Ha sentido cansancio en algún momento de la consejería?
- Con respecto a las madres a las que brinda la consejería, ¿cuáles son las creencias respecto a la alimentación y nutrición infantil que puedan limitar que cumplan las indicaciones?
- ¿Cuál sería una forma de conversar este tema con las madres?

Finalmente, en su opinión ¿Considera usted que las consejerías nutricionales son una herramienta adecuada para otorgar mensajes de nutrición a las madres?

¿Cuál es el mayor impedimento para que la madre entienda correctamente las indicaciones nutricionales?

ANEXO N°6



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
EAP NUTRICIÓN

GUÍA SEMIESTRUCTURADA DE PREGUNTAS A LA MADRE Y/O CUIDADORA DEL NIÑOS MENOR DE 5 AÑOS

INSTRUCCIONES: El entrevistador formulará las preguntas a manera de conversación. Se anotarán algunos datos resaltantes. La entrevista será grabada con una audiógrabadora.

CODIGO DE FICHA:

| | | | | |
|----------------|--|----------------------|--|--|
| | | | | |
| EE.SS. | | SESION DE CONSEJERIA | | |
| ____/____/____ | | | | |

FECHA:

| I. DATOS GENERALES | | | |
|---------------------------|--------|---------------|------------|
| DIRESA : | Callao | RED DE SALUD: | Ventanilla |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: | | | |

Saludo a la madre/ cuidadora:

Buenos días / tardes, a continuación queremos hacerle unas preguntas sobre la consejería nutricional brindada para el niño por el personal de salud.

Datos generales de la madre y/o cuidadora:

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Cuál es su edad?
- ¿Cuál es su lugar de nacimiento?
- Si ha nacido en un lugar diferente a Lima: ¿Desde cuándo vive en Lima?
- ¿Ha asistido al colegio?
- Si asistió al colegio preguntar ¿Hasta que grado estudió? ¿Terminó el colegio? ¿Ha estudiado algo más?
- El niño con el que ha asistido a la consulta ¿qué parentesco tiene con usted?
- Si es la madre, preguntar: ¿Cuántos hijos tiene?, ¿De qué edades?
- ¿Cuál es el motivo por el que acude al centro de salud?

II. PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA

A. Sobre la consejería nutricional

- Hoy en la atención recibida en el consultorio le brindaron información sobre la alimentación y nutrición del niño?
- ¿Anteriormente ha recibido una consejería nutricional?

B. Sobre las barreras físicas en la consejería nutricional

- Si tuviera que describir el lugar donde le brindaron la consejería nutricional ¿Qué impedimentos no ayudan a que se de una buena consejería nutricional?
- ¿Con que frecuencia percibió interrupciones mientras le estaban dando consejería nutricional?
- ¿Qué tipo de interrupciones le molestaron más?
- ¿Existió alguna distracción para usted durante la consejería nutricional?
- ¿Existió alguna distracción para el personal de salud durante la consejería nutricional?

C. Sobre las barreras semánticas en la consejería nutricional

- ¿El mensaje que le da el personal de salud sobre nutrición y alimentación de su niño es complicado?
- ¿Qué es lo más difícil de entender cuando el personal de salud le da la consejería nutricional?
- ¿Siente que se ha quedado con alguna duda sobre lo indicado por el personal de salud?

D. Sobre las barreras personales en la consejería nutricional

- ¿Cómo describiría la voz del personal de salud que le dio la consejería nutricional?
- ¿Existió algún problema por el cual el personal de salud no se pueda expresar bien?
- ¿Tuvo usted alguna dificultad en escuchar el mensaje del personal de salud?
- ¿Hay alguna indicación del personal de salud que vaya en contra de sus creencias?
- ¿Cómo es la respuesta del personal de salud si usted le manifiesta alguna idea sobre la alimentación de su niño?
- ¿Hay alguna indicación del personal de salud con la cual usted no esté de acuerdo?

Finalmente, ¿se siente satisfecho por la consejería nutricional brindada?

En caso que no, ¿Qué haría falta para que el personal de salud comunicara mejor los mensajes de la consejería nutricional?

ANEXO N°7



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
EAP NUTRICIÓN

GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ELABORACION DE HISTORIAS DE VIDA DEL PERSONAL DE SALUD

INSTRUCCIONES: Este instrumentos se aplicará inmediatamente despues de la entrevista a profundidad. *El entrevistador formulará las preguntas a manera de conversación. Se anotarán algunos datos resaltantes. La entrevista será grabada con una audigrabadora.*

CODIGO DE FICHA:

| | | | | |
|----------------------|--|----------------------|--|--|
| | | | | |
| EE.SS. | | SESION DE CONSEJERIA | | |
| FECHA: / / | | | | |

FECHA:

I. DATOS GENERALES

| | | | |
|-------------------------------|--------|---------------|------------|
| DIRESA : | Callao | RED DE SALUD: | Ventanilla |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: | | | |
| NOMBRE DEL PERSONAL DE SALUD: | | | |

Saludo al personal de salud:

Buenos días / tardes, a continuación queremos hacerle unas preguntas sobre la consejería nutricional brindada a madres de niños menores de 5 años a fin de poder elaborar consejos que promuevan mejoras en el desempeño de la consejerías.

II. PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA

A continuación queremos conocer sus experiencias en la consejería nutricional a lo largo de su ejercicio profesional

- ¿Desde cuando viene usted brindando consejerías nutricionales?
- ¿Qué edad aproximadamente tenía cuando comenzó a dar consejerías nutricionales?
- ¿Tenía algún temor al inicio?
- Recuerda algun hecho o acontecimiento especial en la consejería nutricional que recuerde por su particularidad o porque halla servido de aprendizaje?
- ¿Cuál es el momento de la consejería que requiere mayor esfuerzo?
- En su experiencia ¿Cuál es la forma más efectiva para lograr que la madre comprenda las indicaciones nutricionales?
- ¿Cómo fue la experiencia más gratificante brindando consejerías nutricionales?
- En su experiencia ¿Cuál es la forma más efectiva para lograr que la madre comprenda las indicaciones
- Actualmente se siente del todo seguro al dar una consejería nutricional

ANEXO N°8



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
EAP NUTRICIÓN

GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ELABORACION DE HISTORIAS DE VIDA DE LA MADRE Y/O CUIDADORA DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

INSTRUCCIONES: Este instrumentos se aplicará inmediatamente despues de la entrevista a profundidad. *El entrevistador formulará las preguntas a manera de conversación. Se anotarán algunos datos resaltantes. La entrevista será grabada con una audiongrabadora.*

CODIGO DE FICHA:

FECHA:

| | | | | |
|----------------|--|----------------------|--|--|
| | | | | |
| EE.SS. | | SESION DE CONSEJERIA | | |
| ____/____/____ | | | | |

I. DATOS GENERALES

| | | | |
|-------------------------------|--------|---------------|------------|
| DIRESA : | Callao | RED DE SALUD: | Ventanilla |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: | | | |
| NOMBRE DEL PERSONAL DE SALUD: | | | |

Saludo al personal de salud:

Buenos días / tardes, a continuación queremos hacerle unas preguntas sobre la consejería nutricional brindada para el niño por el personal de salud a fin de poder elaborar consejos que promuevan mejoras en el desempeño de la consejerías.

II. PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA

A continuación queremos conocer sus experiencias en la consejería nutricional a lo largo de su ejercicio profesional

- ¿Había recibido anteriormente una consejería nutricional?
- ¿Qué espera usted al salir de una consejería nutricional?
- Las veces que ha recibido orientación por el personal de salud ¿Se ha sentido a gusto luego de recibir las indicaciones en alimentación y nutrición del niño?
- ¿Ha tenido algún disgusto anteriormente con algún personal de salud mientras le daba una consejería nutricional para su niño?
- ¿Me podría contar cómo fue aquella consejería nutricional que usted considere la mejor que le han dado?
- ¿Me podría contar como aquella consejería nutricional que usted considere la peor que le han dado?

ANEXO N°9

GUIA DE PREGUNTAS PARA GRUPOS FOCALES MADRES Y/O CUIDADORAS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Dirigido a madres y/o cuidadoras de niños menores de 5 años, que reciban atención CRED en los centros de salud de la Red de Salud de Ventanilla.

Moderador(a): _____ Hora inicio: _____

Observador(a)1: _____ Observador(a)2: _____

Lugar: _____

Hora Finalización: _____ Fecha: _____

Datos personales

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Dónde vive?
- ¿Qué edad tiene su niño por el que acude a la consulta CRED?
- ¿Cuántos hijos tiene?

Deseamos hablar sobre lo que se dice respecto a la alimentación y nutrición del niño cuando usted va a su consulta CRED.

Barreras Personales - ideológicas

- ¿Qué es lo que aprenden sobre la nutrición del niño cuando van a sus controles?
- Además de la posta, ¿de quién aprendieron a cómo alimentar a sus niños?
- Me podrían mencionar algunos consejos que aprendieron en estos otros lugares o de estas otras personas
- Me podrían mencionar algunos consejos que luego en la posta les hayan dicho que estaban equivocados.
- ¿Cuál es la forma en la que se los corrigen?

Barreras Físicas

- Ahora hablemos a cerca del consultorio. Generalmente si hay más personas en el consultorio cuando los están atendiendo ¿Cuál es el motivo por el que están presentes estas personas?
- A cerca de las interrupciones que puedan darse durante la consejería ¿Qué se debería hacer al respecto?
- ¿Qué podría hacerse para que recuerde mejor todas las indicaciones que le da la enfermera?

Barreras Personales – Fisiológicas

- ¿Cómo describiría la voz del personal de salud que atiende a los controles?
- ¿Cómo tiene que ser la voz de ustedes para que en la consulta para se les dé más información?
- ¿Qué tan difícil les es comprender los mensajes cuando el personal de salud esta afónico?
- ¿Han tenido alguna experiencia en la cual el personal de salud no les escuchaba bien?

ANEXO N°10

GUIA DE PREGUNTAS PARA GRUPOS FOCALES - PERSONAL DE SALUD

Dirigido al personal de salud que brinda atención en consejería nutricional a madres de niños menores de 5 años en los centros de salud de la Red de Salud de Ventanilla.

Moderador(a): _____ Hora inicio: _____

Observador(a)1: _____ Observador(a)2: _____

Lugar: _____

Hora Finalización: _____ Fecha: _____

Datos personales

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Cuál es su profesión?

Deseamos hablar sobre las consejerías en alimentación y nutrición del niño menor de 5 años que realiza usted en su consulta.

Barreras Personales - ideológicas

- ¿Cuáles creen que son las mayores dificultades que hay en su centro de salud cuando hay que hablar de nutrición?
- Con respecto a la población que acude a sus centros de salud ¿Qué es lo más complicado de hacer comprender a una madre que asiste a su control de niño sano, con respecto a la nutrición?
- ¿Qué tipo de preguntas se realizan cuando se quiere indagar a cerca de sus creencias y costumbres?
- Hemos observado que usualmente las madres prefieren negar el estado nutricional del niño ¿A qué creen que pueda deberse ello?

Barreras Físicas

- ¿Qué tipos de carencias materiales o de infraestructura creen que puedan limitar el desarrollo de una buena atención nutrición?
- Ahora hablemos a cerca del momento de la consulta. Generalmente si hay más personas en el consultorio cuando ustedes están atendiendo ¿Cuál es el motivo por el que están presentes estas personas?
- A cerca de las interrupciones que puedan darse durante la consejería ¿Qué se debería hacer al respecto?
- ¿Qué podría hacerse para que se recuerde mejor las indicaciones que le ustedes les dan?

Barreras Personales – Fisiológicas

- ¿Consideran que el volumen y tono de voz del personal de salud influye en la comprensión y adherencia a las indicaciones?
- ¿Cómo tiene que ser la voz de ustedes para que en la consulta los pacientes se sientan a gusto?
- ¿Han notado diferencia en la comprensión de su mensaje cuando están afónicos?
- ¿Les ha tocado atender pacientes que hayan tenido problemas para escuchar el mensaje?

ANEXO N°11

CONSTRUCCIÓN DE VIÑETAS Personal de Salud

Nombre del Personal de Salud: _____

Centro de Salud: _____

Profesión: _____

1. A continuación escriba el diálogo del personal de salud que puedo haber motivado esa respuesta en la madre.



2. Escriba en qué otras situaciones se da una respuesta similar.

| |
|--|
| |
|--|

3. Si una madre de familia se acerca a su control y le manifiesta a usted lo que a continuación se observa. ¿Cuál sería su respuesta? Complete en el espacio en blanco de la viñeta.



ANEXO N°12

CONSTRUCCIÓN DE VIÑETAS

Madres

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____

Centro de Salud: _____

1. Complete el recuadro vacío según lo que piensa que le respondería la enfermera si se le hiciera esa pregunta.



2. En el recuadro en blanco escribe qué crees que le molestó a la enfermera.



ANEXO N°13

Registro fotográfico



Fig. 1: Centro de Salud Materno Perinatal - Korea - Perú







